

Masterthesis Avondprogramma Bestuurskunde

Leidt vrijheid tot zorg op maat?

De invloed van compliance en autonomie op
persoonsgerichte zorg binnen HWW zorg



Module:	Wetenschapspracticum II - FSWBM5090
1 ^e lezer:	mr. dr. J.A. van Ast
2 ^e lezer:	prof. dr. H. Geerlings
Student:	Annemarie Bernard- 482716
Datum:	15 januari 2020

Voorwoord

Voor u ligt het eindresultaat van het avondprogramma Bestuurskunde. Het combineren van een fulltime baan en ruim twee jaar studie heeft me veel gekost maar, gelukkig, nog meer opgeleverd. Het vrijwel direct kunnen toepassen van kennis en diverse theorieën in de praktijk en vice versa de weerbarstige praktijk kunnen toetsen aan de theorie heb ik als een groot voordeel ervaren. Twee jaar intensief kennis opdoen, hierover in gesprek gaan en het uitwerken van opdrachten heeft ertoe geleid dat ik op een andere manier dan voorheen vraagstukken aanvlieg en deze vanuit meerdere perspectieven kan benaderen.

Ondanks dat ik mijn gehele werkzame leven in 'de zorg' heb doorgebracht en ik stiekem dacht dat ik wel wist hoe één en ander in elkaar stak, ben ik door het uitwerken van dit onderzoek tot nieuwe inzichten gekomen. De mooie en open gesprekken met de verzorgenden die werkzaam zijn bij HWW zorg maakte duidelijk hoe zij denken, handelen en dagelijks hun afwegingen maken. Dat zij met grote regelmaat worden geconfronteerd met een tekort aan medewerkers, verwensingen van familie, nieuwe wet- en regelgeving en zeer complexe zorgbehoeften van cliënten lijkt uiteindelijk niet van invloed te zijn op de passie die zij voelen voor het vak.

Een aantal mensen hebben een belangrijke rol gespeeld bij dit eindresultaat. Allereerst wil ik mijn scriptiebegeleider Jacko van Ast bedanken. Niet druk makend om de details maar oog hebbend voor het eindresultaat, straalde hij tijdens het traject rust en vertrouwen uit.

Uiteraard wil ik mijn vrienden bedanken dat zij altijd begripvol reageerden op mijn standaard uitdrukking "druk met werk en studie." Floris, met wie ik regelmatig kon sparren over nut en noodzaak.

Bedankt ma voor je potjes thee tijdens het studeren maar bovenal dank Alexander voor je engelengeduld!! Als laatste een knipoog naar mijn vader die met veel belangstelling mijn voortgang volgde maar tijdens mijn studie overleed.

Annemarie Bernard

Barendrecht, januari 2020

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Inleiding	9
§ 1.1 Aanleiding	10
§ 1.1.1 HWW zorg	10
§ 1.1.2 Wet- en regelgeving	11
§ 1.1.3 Naleven van wet- en regelgeving versus vrijheid in handelen	12
§ 1.2 Probleemstelling	14
§ 1.3 relevantie van het onderzoek	14
§ 1.4 Opzet van het onderzoek	16
§ 1.4.1 Onderzoeksmethodiek	16
§ 1.4.2 Doelgroep	17
§ 1.5 Leeswijzer	17
§ 1.6 Opbouw van het onderzoek	18
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	19
§ 2.1 Naleven van wet- en regelgeving	20
§ 2.1.1 Bureaucratie versus professionele organisatie	20
§ 2.1.2 Compliance	22
§ 2.1.3 Uitvoer van beleid	22
§ 2.1.4 Regelformalisatie	23
§ 2.3 Autonomie en de Street-level bureaucrat	26
§ 2.3.1 Street-level bureaucrats	26
§ 2.3.2 Autonomie	26
§ 2.3.3 Street-level bureaucrats versus management	28
§ 2.3.4 Autonomie; Top-down of Bottum-up?	28
§ 2.4 Meerwaarde voor de client	29
Hoofdstuk 3 Onderzoeksdesign	31
§ 3.1 Conceptueel Model & Verwachtingen	31
§ 3.2 Operationalisering	34
§ 3.3 Strategie & Methoden	38
§ 3.3.1 Plan van Aanpak	38
§ 3.3.2 Type onderzoek	39
§ 3.4 Kwaliteitsindicatoren	39
§ 3.4.1 Betrouwbaarheid	39
§ 3.4.2 Validiteit	40
Hoofdstuk 4 Documentanalyse	41

§ 4.1 Documentanalyse	41
§ 4.1.1 Overzicht en toegankelijkheid documentatie.....	44
Hoofdstuk 5 Resultaten kwalitatief onderzoek	45
§ 5.1 Interview bestuurder HWW zorg	45
§ 5.2 Toelichting interview en codering.....	46
§ 5.3 Resultaten interviews.....	48
§ 5.3.1 Persoonsgerichte zorg.....	48
§ 5.3.2 Compliance.....	49
§ 5.3.3 Autonomie	52
§ 5.3.4 Meerwaarde voor de client	57
§ 5.4 Tussentijdse bevindingen	59
§ 5.5 Evaluatie resultaten.....	63
Hoofdstuk 6 Conclusies & Aanbevelingen	65
§ 6.1 Beantwoording deelvragen 1-3	65
§ 6.1 Conclusies.....	65
§ 6.2 Aanbevelingen	68
Hoofdstuk 7 Reflectie	70
Literatuurlijst	72
Bijlage 1 Verslag interview bestuurder	77
Bijlage 2 Vertaling vragen interview	79
Bijlage 3 Vragen interview.....	80
bijlage 4 Codeerschema.....	83

SAMENVATTING

Binnen de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) wordt iedere zorgorganisatie geacht aantoonbaar uitvoer te geven aan persoonsgerichte zorg.

Zo ook bij Haagse Wijk- en Woonzorg (HWW zorg), een grote zorgorganisatie binnen de Haagse VVT-sector. De organisatie biedt zorg thuis, in woonzorgcentra en verpleeghuizen in Den Haag. Het bestuur van HWW zorg vraagt zich dan ook af 'op welke wijze een cliëntgeoriënteerde werkwijze bewerkstelligd kan worden passend bij een cultuur waarin de cliënt centraal staat.'

Het bieden van persoonsgerichte zorg blijkt een complex proces te zijn; de wensen en belangen van de client dienen immers leidend te zijn en van zorgmedewerkers wordt verwacht dat zij in staat zijn om kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren die waarde toevoegt aan het leven van de client. Tegelijkertijd heeft de zorgmedewerker een professionele verantwoordelijkheid en dient men zich te houden aan richtlijnen en protocollen voortkomend uit wet- en regelgeving.

De wijze *waarop* protocollen en richtlijnen zijn vormgegeven, ook wel regelformalisatie genaamd, speelt hierbij een belangrijke rol. Het naleven van wet- en regelgeving en de wijze waarop deze binnen de organisatie zijn vertaald in regelgeving versus vrijheid in handelen om zodoende meerwaarde voor een client te bewerkstelligen kan leiden tot spanningen tussen de client en de zorgmedewerker, de organisatie en zorgmedewerker of tot ethische dilemma's bij de zorgmedewerker.

Dit onderzoek richt zich op factoren die, tijdens de dagelijkse praktijk, van invloed zijn op zorgmedewerkers die persoonsgerichte zorg verlenen binnen HWW zorg. Welke mate van vrijheid ervaren de zorgmedewerkers bij de uitvoer van hun werkzaamheden? En hoe verhoudt die vrijheid zich met het naleven van regelgeving? Is de wijze *waarop* regelgeving is vastgelegd van invloed op de uitvoer ervan? En misschien wel de belangrijkste vraag; leidt de regelgeving en ervaren vrijheid bij de dagelijkse uitvoer ervan tot meerwaarde voor de client?

Probleemstelling

Doel van het onderzoek is te bepalen of de factoren compliance en autonomie van invloed zijn op het creëren van meerwaarde met betrekking tot persoonsgerichte zorg. Dit leidt tot de volgende vraagstelling;

Wat is de invloed van compliance en autonomie op het creëren van meerwaarde voor de client met betrekking tot persoonsgerichte zorg volgens zorgmedewerkers binnen de verpleeghuizen van HWW zorg.

Om antwoord te kunnen geven op de vraagstelling is allereerst een literatuurstudie uitgevoerd waarbij kennis is verkregen over de begrippen compliance en autonomie. Kadering is aangebracht door de focus te leggen op literatuur die betrekking heeft op het publiek domein aangezien de VVT-sector hier onderdeel van uitmaakt. Om het begrip autonomie binnen zorgverlening beter te kunnen duiden is er een beschrijving opgenomen over street-level bureaucracy. Er is gekozen voor juist deze theorie aangezien de relatie tussen beleid, organisatorische structuren, hulpmiddelen en de gedragingen van medewerkers hierbij centraal staat (Hoyle, 2014).

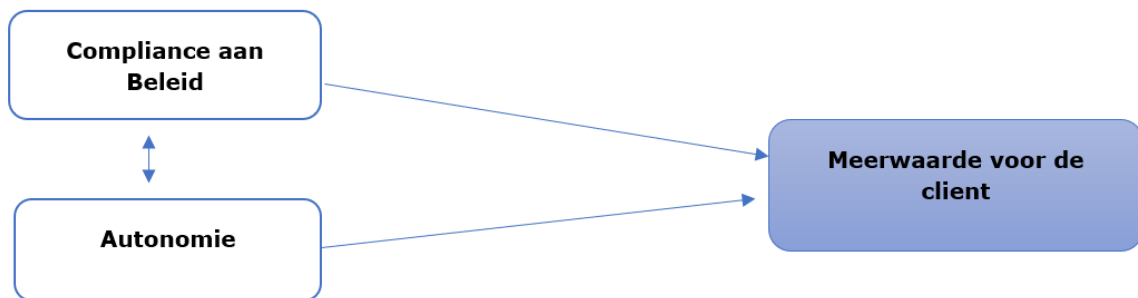
Om het begrip compliance nader te kunnen duiden is gebruik gemaakt van de 'green tape theory.' Binnen deze theorie staat effectiviteit van regels binnen organisaties centraal. Effectieve regelgeving resulteert in 'goede regels die nageleefd worden door

medewerkers' (DeHart-Davis, 2013, p.333).

Tevens zijn relevante documenten binnen HWW zorg geanalyseerd en is één van de bestuurders geïnterviewd. De verzamelde informatie is getoetst en verrijkt door het afnemen van interviews bij zestien verzorgenden die werkzaam zijn binnen de verpleeghuizen van HWW zorg.

Conceptueel model

Vanuit het theoretisch kader is een conceptueel model opgesteld. Onderzocht wordt hoe de onafhankelijke variabelen compliance aan beleid en autonomie van invloed zijn op elkaar en de afhankelijke variabele, het creëren van meerwaarde voor de client.



Conclusies

Het beleid van HWW zorg met betrekking tot persoonsgerichte zorg is niet of nauwelijks bekend is bij respondenten [verzorgenden] die geacht worden hier uitvoering aan te geven.

Door het ontbreken van enerzijds coherent beleid en anderzijds onbekendheid met het beleid geven respondenten zelfstandig invulling aan het beleid rondom persoonsgerichte zorg. Tevens blijkt dat protocollen nauwelijks of slechts reactief geraadpleegd worden. Hierdoor kunnen belangrijke veranderingen binnen protocollen gemist worden. Doordat het zorgdossier richtinggevend is aan het handelen. In het dossier komen enkele aspecten van persoonsgerichte zorg tot uitdrukking.

Geconcludeerd wordt dat er sprake is van een bepaalde mate van non-compliance, met andere woorden, respondenten zijn deels niet compliant aan beleid met betrekking tot persoonsgerichte zorg. Non-compliance brengt risico's met zich mee; (1) Eenduidigheid en efficiency kunnen verloren gaan waardoor het ontbreekt aan structuur. Dit kan nadelige gevolgen hebben voor de cliënt. (2) De verzorgende ontbreekt het aan actuele verpleegtechnische kennis waardoor er een gevaar kan ontstaan voor de cliënt.

Bij persoonsgerichte zorg staat de uniciteit van de client centraal. Dit vraagt om zorgverlening op maat. Belangrijke voorwaarde om zorg op maat te kunnen verlenen is een bepaalde mate van autonomie. Uit de resultaten mag geconcludeerd worden dat de respondenten zelfstandig invulling geven aan hun dagelijkse werkzaamheden, er is sprake van een bepaalde mate van autonomie. Dit blijkt uit het gegeven dat respondenten zelfstandig handelingen prioriteren, redenen aanvoeren om af te wijken van werkwijzen en eigen invulling geven aan datgene wat men als 'passende zorgverlening' aanmerkt. Het maken van afwegingen komt enerzijds voort uit het clientperspectief waarbij het belang van de client als uitgangspunt dient. Anderzijds het medewerker perspectief waarbij de mate van bezetting en het werken met uitzendkrachten van invloed is op de afwegingen die men maakt.

Naast het creëren van zorg op maat is er ook een keerzijde aan autonomie; het zelfstandig invulling geven aan het beleid rondom persoonsgerichte zorg kan ertoe leiden dat legitimiteit van handelen ontbreekt, met andere woorden, medewerkers maar ook de raad van bestuur hebben onvoldoende houvast om het beleid te kunnen verantwoorden naar de client en/of derden (zoals toezichthouders). Tevens bestaat het risico dat men alternatieve werkwijzen ontwikkelt waardoor het oorspronkelijke beleid vervormd wordt en men eigen werkwijzen creëert. Door deze herinterpretatie van regels stelt de respondent uiteindelijk zijn eigen beleid waardoor het effect dat wet- en regelgeving beoogt namelijk dat bij uitvoer 'alle gevallen gelijk' of 'alle gevallen ongelijk' worden behandeld, verloren gaat.

Volgens de respondenten levert het *naleven van beleid, oftewel compliant zijn, én autonomie meerwaarde op ten aanzien van de client.*

Het naleven van beleid creëert volgens de respondenten meerwaarde doordat schade aan de client voorkomen wordt en het duidelijkheid ten aanzien van de client genereert.

Tegelijkertijd schept beleid structuur en leidt het tot efficiënte zorgverlening waardoor er meer tijd besteed kan worden aan de client.

De mogelijkheid om af te wijken van het beleid komt ten goede aan het welbevinden van de client, zo kan er bijvoorbeeld rekening gehouden worden met het ritme en/of ziektebeeld van de client, er is dus sprake van meerwaarde. Zelfstandig prioriteiten aan kunnen brengen is hierbij een belangrijke randvoorwaarde.

Aanbevelingen

1. Steek energie in het uitwerken van effectief beleid met betrekking tot persoonsgerichte zorg; met effectiviteit wordt bedoeld dat men datgene bereikt wat men beoogt heeft (DeHart-Davis et al., 2013). Een aantal aspecten is hierbij van belang:

- de inhoud van het beleid moet aansluiten op datgene wat verzorgenden zien als meerwaarde voor de client
- het beleid bevat een optimale controle – het beleid is niet geheel vrijblijvend maar er is sprake van scharrelruimte, een bepaalde mate van autonomie is mogelijk
- de bedoeling van het beleid wordt begrepen door de medewerkers
- het beleid wordt op schrift gesteld, dit geeft houvast aan uitvoerenden, tegelijkertijd genereert het legitimiteit
- het beleid dient aan te sluiten op de werkzaamheden, het dient in de praktijk bruikbaar te zijn

2. Uit het onderzoek bleek dat het gebruik van het elektronisch cliëntendossier, medicatievoorschrijfsysteem en het werken met protocollen richtinggevend zijn voor het handelen van de medewerker. De opzet van deze instrumenten kan behulpzaam zijn voor uitwerking van beleid en aanverwante praktische werkwijzen.

3. Aanvullend op bovenstaande; betrek verzorgenden bij het uitwerken van effectief beleid waarbij compliant zijn aan en een bepaalde mate van autonomie belangrijke voorwaarden zijn.

Verzorgenden, de 'handen aan het bed,' die binnen HWW zorg 45% van het totaal aantal zorgmedewerkers uitmaken, spelen een cruciale rol bij de wijze waarop uitvoering wordt gegeven aan beleid/protocollen. Hoe zij dit doen kan van invloed zijn op de kwaliteit van zorgverlening en inherent hieraan de ervaren mate van meerwaarde door de client. Door medewerkers te betrekken kan tegelijkertijd bewustzijn worden gecreëerd over het

belang van navolgen van beleid (doen wat je met elkaar afgesproken hebt) en hoe je dat doet (door het naleven van protocollen en het genereren van kennis). Door het betrekken van verzorgenden bij het uitwerken van beleid kan enerzijds vervreemding ervan voorkomen worden, anderzijds kan men zich niet zo gemakkelijk onttrekken aan doelstellingen doordat men zelf aandeel heeft gehad in het formuleren van deze doelen.

4. Bespreek de bevindingen, conclusies en aanbevelingen van het onderzoek met de zorgmedewerkers. Uit het empirisch onderzoek bleek dat dit type medewerkers niet gewend is te reflecteren op hun eigen handelen. Door de onderzoeksresultaten te bespreken op een wijze die aansluit bij het functieniveau kan inzicht worden gegenereerd in hoe medewerkers denken en handelen. Dit kan ertoe leiden dat er bewustwording optreedt ten aanzien van de voor- en nadelen van het navolgen van beleid en het eigen invulling geven van werkzaamheden. Doel is dat de voordelen omarmt en worden gekoesterd en de nadelen zo veel als mogelijk vermeden worden.

5. Overweeg een herinrichting van de huidige organisatiestructuur; afgevraagd kan worden of de huidige bureaucratisch ingegeven organisatiestructuur voldoet bij de inhoud van de werkzaamheden welke meer passend zijn bij een professionele organisatiestructuur. Een aantal aspecten zijn bij deze analyse van belang; Uit de resultaten blijkt dat respondenten aangeven gebaat te zijn bij structuur. Tegelijkertijd is autonomie een voorwaarde bij de uitvoer van werkzaamheden. Het proactief genereren van expertise is van belang om kwaliteit van zorg, tot in bepaalde mate, te kunnen garanderen.

Vervolgonderzoek

6. In één van de bevindingen geformuleerd in hoofdstuk 5 is beschreven dat een groot beroep wordt gedaan op verzorgenden die zich dagelijks geconfronteerd zien met dilemma's waarvoor eenvoudigweg geen ideale oplossing bestaat, de zogenaamde 'wicked problems.' Door (1) de vergrijzing binnen Nederland, (2) de toenemende problematiek rondom de financiering die deze vergrijzing met zich meebrengt en (3) de reeds aanwezige arbeidsmarktproblematiek leidt tot een niet-aflatende druk op verzorgenden binnen de VVT-sector. Dit laatste geeft aanleiding om vervolgonderzoek te doen naar de wijze waarop verzorgenden effectief en efficiënt hun werk kunnen doen die de ervaren kwaliteit van zorgverlening ten goede komt.

INLEIDING

De zorg voor ouderen heeft de afgelopen decennia vele veranderingen gekend. In de jaren 50 van de vorige eeuw werd er gesproken over 'bejaardenzorg,' men sliep op een grote zaal met alleen een bed en nachtkastje tot zijn/haar beschikking. Mannen en vrouwen en zelfs echtparen werden gescheiden in deze huizen (Sociaal Cultureel Planbureau, 2017). Deze periode ligt inmiddels achter ons en de afgelopen jaren heeft de positie van de cliënt binnen het verpleeghuis een steeds prominentere plaats gekregen binnen de wetgeving en beleidsplannen van de overheid. Er is een verschuiving zichtbaar van 'wij weten wat goed voor u is' naar 'leven zoals u wilt.' Van zorgorganisaties wordt dan ook gevraagd een 'zo goed mogelijke bijdrage te leveren aan de kwaliteit van leven van de cliënt' (Zorginstituut Nederland, 2017). Weten wat de verwachtingen, wensen en behoeften zijn van de cliënt is dan ook van cruciaal belang om een bijdrage te kunnen leveren aan de kwaliteit van zorg. Volgens het Zorginstituut Nederland vormt het bieden van *persoonsgerichte zorg* hierbij het uitgangspunt (2017).

Ook bij de Haagse Wijk- en Woonzorg (HWW zorg) staat de cliënt centraal door het bieden van persoonsgerichte zorg. Deze organisatie binnen de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) biedt zorg thuis, in woonzorgcentra en verpleeghuizen in Den Haag. HWW zorg bevindt zich in een omgeving die volop in beweging is; er is sprake van vergrijzing binnen de samenleving en krapte op de arbeidsmarkt. Calamiteiten binnen de sector worden snel opgepikt door media en politici. Tegelijkertijd dienen zorgorganisaties bij de uitvoer van zorg te voldoen aan complexe wet- en regelgeving. Het naleven hiervan wordt ook wel *regulatory compliance* genoemd (Wiggers & Oostwouder, 2016).

Ondanks de dynamiek en problematiek binnen de ouderenzorg is het bieden van persoonsgerichte zorg één van de speerpunten van HWW zorg. Om dit doel te bereiken is het "essentieel dat de organisatie beschikt over flexibele medewerkers die op de juiste wijze kunnen inspelen op maatschappelijke verwachtingen, de veranderde vraag van cliënten en ontwikkelingen in de samenleving" (HWW zorg, 2015). Zorgmedewerkers spelen dan ook een cruciale rol bij het bieden van persoonsgerichte zorg, zij kennen immers de cliënt en daarmee de behoeftes, verwachtingen en wensen, hierdoor zijn ze bepalend voor de mate waarin de cliënt kwaliteit van zorgverlening ervaart. Het werken volgens de daarvoor opgestelde richtlijnen en protocollen dus *compliant zijn aan*, is een belangrijke randvoorwaarde voor het leveren van persoonsgerichte zorg. Tegelijkertijd laten individuele wensen en behoeften van cliënten zich niet altijd sturen door afspraken, regels en protocollen. Deze tegenstrijdige belangen, beleid versus wensen en behoeften, vraagt om regelruimte voor zorgmedewerkers.

Dit onderzoek richt zich op factoren die, tijdens de dagelijkse praktijk, van invloed zijn op zorgmedewerkers die persoonsgerichte zorg verlenen binnen HWW zorg. Welke mate van vrijheid ervaren de zorgmedewerkers bij de uitvoer van hun werkzaamheden? En hoe verhoudt die vrijheid zich met het naleven van regelgeving? Is de wijze *waarop* regelgeving is vastgelegd van invloed op de uitvoer ervan? En misschien wel de belangrijkste vraag; leidt de regelgeving en ervaren vrijheid bij de dagelijkse uitvoer ervan tot meerwaarde voor de client? Onderzocht wordt wat de invloed is van compliance en autonomie op het creëren van meerwaarde voor de client met betrekking tot persoonsgerichte zorg onder zorgmedewerkers binnen de verpleeghuizen van HWW zorg.

§ 1.1 AANLEIDING

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat de aanleiding vormt voor het onderzoek. Om inzicht te krijgen in het belang van het bieden van persoonsgerichte zorg en de noodzaak om handelingen uit te voeren op basis van protocollen en richtlijnen, worden externe en interne redenen toegelicht.

§ 1.1.1 HWW ZORG

HWW zorg is een grote organisatie binnen de Haagse VVT-sector. De organisatie biedt zorg thuis, in woonzorgcentra en verpleeghuizen in Den Haag. Binnen HWW zorg wonen mensen met een brede diversiteit aan achtergrond, uitgangspunt is dat men zorg en ondersteuning geeft die passend is bij hun culturele behoefte (website <http://hwwzorg.nl/>). HWW zorg richt zich op mensen met midden- en laag inkomen (2017).

De wens tot cliëntgerichtheid is geformuleerd in de visie van HWW zorg. De organisatie vraagt van medewerkers oprecht en actief te luisteren naar de klant en de werkelijke behoeftes te leren kennen en te begrijpen.

HWW zorg realiseert zich dat haar positie binnen de Haagse aanbieders markt van ouderenzorg beïnvloed wordt door de deregulering van de markt en het verschuiven van verantwoordelijkheden naar de burgers (2017). Deze ontwikkelingen beïnvloeden, volgens het bestuur, het belang om aan te sluiten bij de wensen van de huidige en toekomstige klant (2017).

In de *missie* van de organisatie staat beschreven dat men 'onderscheidende zorg wil leveren aan de inwoners van Den Haag.' Tevens beogen ze 'zorg die cliënten en verwijzers elkaar aanbevelen, die financiers het vertrouwen geeft om meerjarige afspraken over te maken en die medewerkers trots laat zijn op de klantgerichte en professionele dienstverlening waarover zij zich ambassadeur voelen' (website <http://hwwzorg.nl/>).

Deze missie is vertaald in een *visie* verwoord in een hoger doel *Samen zijn we sterk, zodat u zichzelf kunt blijven in kwetsbare tijden* en een gewaagd doel *Een glimlach op ieders gezicht! Tevreden klanten, trotse medewerkers en trouwe partners.*

Om deze doelen te bereiken dienen medewerkers te beschikken over kernkwaliteiten namelijk 'Dichtbij', 'Slagvaardig' en 'Veelzijdig.'

HWW zorg staat ervoor dat medewerkers hun werk uitvoeren met 'Passie voor zorg', 'Professioneel', en 'Sprankelend.' (website <http://hwwzorg.nl/>)



Afbeelding 1 Missie & Visie HWW zorg

Ondanks een breed palet aan beleid, richtlijnen en protocollen waarbij persoonsgerichte zorg het uitgangspunt is, is het bestuur van HWW zorg van mening dat 'de missie en visie waarin de klant centraal staat onvoldoende tot uiting komt binnen de verpleeghuizen van de organisatie.' Ook geeft het bestuur aan dat 'medewerkers weliswaar goed zijn opgeleid maar de huidige standaarden en normen die medewerkers hanteren niet voldoende passend zijn bij een cliëntgeoriënteerde cultuur.'

Het bestuur van HWW zorg vraagt zich dan ook af 'op welke wijze een cliëntgeoriënteerde werkwijze bewerkstelligd kan worden passend bij een cultuur waarin de cliënt centraal staat.'

§ 1.1.2 WET- EN REGELGEVING

HWW zorg is gebonden aan diverse wet- en regelgeving. De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) ligt aan de basis van alle zorgverlening, hierin staan de rechten en plichten van cliënten beschreven. Naast de WGBO zijn er meerdere wetten die betrekking hebben op de positie van de cliënt binnen het verpleeghuis zoals de Wet Langdurige Zorg (WLZ) en Wet Klachten, Kwaliteit en Geschillen in de Zorg (WKKKGZ). De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) is bedoeld om "de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg te bevorderen en te bewaken en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren" (V&VN, z.j.).

Deze wetten zijn, in meer of mindere mate, vertaald in beleid zoals kaders, richtlijnen en protocollen die sturing geven aan de dagelijks uitvoer van zorgverlening. Zorgaanbieders conformeren zich aan deze wet- en regelgeving door het afsluiten van contracten met financiers van de zorg zoals Zorgkantoor (uitvoeringsorgaan van de WLZ), Gemeenten en Zorgverzekeraars.

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (2017) vormt binnen de VVT sector, zo ook HWW zorg, een belangrijke leidraad voor het invulling geven aan persoonsgerichte zorg. Het kader is opgesteld door het Zorginstituut Nederland (zelfstandig bestuursorgaan onder verantwoording van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport).

Binnen het Kwaliteitskader wordt persoonsgerichte zorg gedefinieerd als:

"Persoonsgerichte zorg en ondersteuning gaat over de wijze waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening. Iemand met een zorg- en ondersteuningsbehoefte is vooral een uniek persoon met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vindt plaats binnen een relatie tussen cliënt en zijn naaste(n), zorgverlener en zorgorganisatie. De kwaliteit van deze relatie bepaalt mede de kwaliteit van zorg" (Zorginstituut Nederland, 2017, p.9).

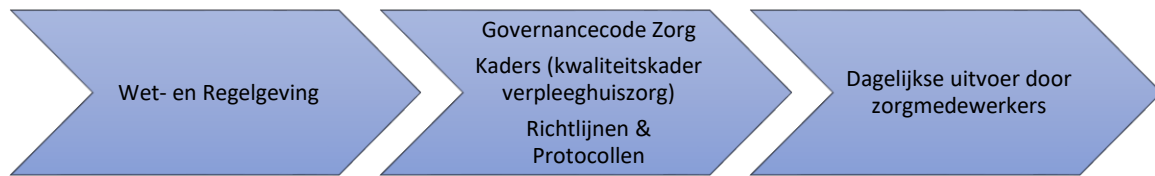
Het Kwaliteitskader beschrijft dat door het gebruikmaken van professionele standaarden en richtlijnen vermijdbare schade bij cliënten zoveel als mogelijk kan worden voorkomen. Door het gebruikmaken van professionele richtlijnen kan de organisatie streven naar 'optimale zorgverlening' (Kwaliteitskader, 2017).

In de wet staat het naleven van, onder andere, richtlijnen en protocollen als volgt verwoord;

"De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele

standaard, waaronder de kwaliteitsstandaard, bedoeld in artikel 1, onderdeel z, van de Zorgverzekeringswet” (artikel 453 WGBO).

In artikel 1 onderdeel z van de Zorgverzekeringswet staat beschreven dat de kwaliteitsstandaard zoals bijvoorbeeld een richtlijn, betrekking heeft op (een deel van) het zorgproces en dat de zorgverlener vastlegt wat noodzakelijk is om goede zorg te verlenen.



Afbeelding 2 Samenvatting van wet tot uitvoer

§ 1.1.3 NALEVEN VAN WET- EN REGELGEVING VERSUS VRIJHEID IN HANDELEN

Uit bovenstaande kan afgeleid worden dat het naleven van richtlijnen en protocollen, oftewel *compliant* zijn, een essentiële randvoorwaarde vormt om persoonsgerichte én veilige zorg te kunnen leveren aan cliënten. Het belang wordt nog eens verstrekt doordat cliënten van HWW zorg zich dikwijls, zowel mentaal als fysiek, in de meeste kwetsbare periode van hun leven bevinden. Het waarborgen van persoonsgerichte zorg is dan ook onlosmakelijk verbonden aan goede zorgverlening.

Volgens V&VN (z.j) zijn zorgmedewerkers dan ook *de* belangrijkste factor bij het leveren van persoonsgerichte en veilige zorg, zij dienen in staat zijn om kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren die waarde toevoegt aan het leven van de client. Eén van de voorwaarden voor zorgmedewerkers om deze zorg te leveren is *autonomie*, aldus V&VN (z.j.)

Autonomie kan vanuit meerdere perspectieven beschreven worden zoals organisatorische autonomie namelijk de vrijheid tot handelen en vrijheid van bureaucratische regels. Of als taakautonomie, de vrijheid om bijvoorbeeld de werkdag in te delen en zelfstandig te bepalen in welke volgorde de taken worden uitgevoerd. Maar ook als klinische autonomie namelijk de vrijheid om zelfstandig te handelen op basis van wat je weet en om zelf beslissingen te nemen, zelfs als dit betekent dat je je op het terrein van een andere discipline begeeft, en dit alles in het belang van de patiënt (V&VN, z.j.).

Het belang van de vrijheid om zelfstandig te handelen wordt door Sackett et al. (1996, p.72) metaforisch geformuleerd; “evidence based geneeskunde is geen kookboek.” Werken volgens richtlijnen vereist een bottom-up benadering die het beste extern bewijsmateriaal [beschreven in richtlijnen en protocollen] integreert met individuele klinische expertise en keuze van patiënten. Het is de expertise [van de zorgmedewerker] die bepaalt of het externe bewijs van toepassing is op de individuele patiënt en zo ja, hoe deze moet worden geïntegreerd, aldus Sackett et al. (1996).

Vermeulen et al. (2017) vullen bovenstaande aan door toe te voegen dat er tussen professionele autonomie en evidence based werken een spanningsveld lijkt te bestaan. “Als professional kun je niet klakkeloos voor iedere patiënt of cliënt opvolgen wat de richtlijn aangeeft” (Vermeulen et al., 2017, p.68). De auteurs bepleiten dat in de besluitvorming altijd de individuele kenmerken en wensen van de cliënten meegenomen worden. Vermeulen et al. (2017) lichten toe dat een richtlijn letterlijk richting geeft aan wat de beste behandelopties gebaseerd op wetenschappelijk bewijs en de mening van

experts, dat betekent echter niet dat dit voor alle cliënten de beste keuze is. Daarom kunnen zorgprofessionals, daar waar nodig, beredeneerd en op basis van expertise, afwijken van datgene wat er in de richtlijn wordt aanbevolen.

Het proces van standaardisering speelt, volgens van Loon (2015), binnen de huidige gezondheidszorg een steeds meer bepalende rol. Door het creëren van standaard werkwijzen wordt enerzijds geprobeerd grip te krijgen op een veilige, efficiënte en kwalitatieve zorgverlening. Anderzijds wordt geprobeerd ongewenste verschillen tussen zorgverleners en -organisaties te voorkomen. Zorgverleners ervaren standaard werkwijzen regelmatig als beperkend en rigide en houden ze [de werkwijzen] geen rekening met verschillen tussen organisaties, zorgverleners en cliënten. Deze inflexibiliteit leidt ertoe dat zorgverleners zelf een inschatting maken over in hoeverre werkwijzen passend zijn in een specifieke zorgsituaties (van Loon, 2015).

Uit bovenstaande blijkt dat het naleven van richtlijnen en protocollen meerdere aspecten met zich meebrengt; protocollen en richtlijnen vragen om opvolging maar tegelijkertijd om vrijheid in handelen. Van de Bovenkamp, Stoopendaal, Bochove, Hoogendijk & Bal (z.j.) vullen dit aan door te stellen dat tevens onderscheid gemaakt dient te worden tussen functionele en niet-functionele regels. Voor de ene zorgmedewerker kan een regel functioneel zijn bij het uitvoeren van zijn rol, terwijl de ander het nut en de noodzaak er niet van inziet.

Bovenkamp et al. (z.j.) beschrijven dat regels de zorg sturen op een manier die juist tegen persoonsgerichte zorg in gaat namelijk;

(1) Inhoudelijk zijn veel protocollen en richtlijnen gefocust op functionele zorg en niet zozeer op de persoonlijke relatie. (2) Tevens zijn veel regels gericht op datgene wat reeds zichtbaar is of zichtbaar gemaakt kan worden, bijvoorbeeld zorguitkomsten die te registreren zijn. Zichtbare zorg staat echter niet gelijk aan datgene wat cliënten graag willen. (3) Regels worden ook als problematisch ervaren als er teveel van zijn, ze elkaar tegenspreken of niet duidelijk zijn.

Het proces en de uitkomst van het schriftelijk vastleggen van regels wordt ook wel *regelformalisatie* genoemd (DeHart-Davis et al., 2013).

Afsluitend

Het bieden van persoonsgerichte zorg blijkt een complex proces te zijn; de wensen en belangen van de client dienen immers leidend te zijn en van zorgmedewerkers wordt verwacht dat zij in staat zijn om kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren die waarde toevoegt aan het leven van de client. Tegelijkertijd heeft de zorgmedewerker een professionele verantwoordelijkheid en dient men zich te houden aan richtlijnen en protocollen voortkomend uit wet- en regelgeving. De richtlijnen en protocollen zijn niet weg te denken uit de hedendaagse zorgverlening, ze zijn onderdeel van de dagelijkse praktijk en vormen de leidraad voor de uitvoer van zorg- en medische handelingen. De wijze *waarop* protocollen en richtlijnen zijn vormgegeven, ook wel regelformalisatie genaamd, speelt hierbij een belangrijke rol. Het naleven van wet- en regelgeving en de wijze waarop deze binnen de organisatie zijn vertaald in regelgeving versus vrijheid in handelen om zodoende meerwaarde voor een client te bewerkstelligen kan leiden tot spanningen tussen de client en de zorgmedewerker, de organisatie en zorgmedewerker of tot ethische dilemma's bij de zorgmedewerker.

§ 1.2 PROBLEEMSTELLING

Bovenstaande leidt tot de volgende **doelstelling**:

Doel van het onderzoek is te bepalen of de factoren compliance en autonomie van invloed zijn op het creëren van meerwaarde met betrekking tot persoonsgerichte zorg. De invloed van deze factoren wordt getoetst bij zorgmedewerkers die werkzaam zijn binnen de verpleeghuizen van HWW zorg. Door na te gaan wat er reeds binnen wetenschappelijke theorie bekend is over het onderwerp, het uitvoeren van een documentanalyse en het afnemen van interviews wordt de benodigde informatie verzameld en geanalyseerd.

Vraagstelling: *Wat is de invloed van compliance en autonomie op het creëren van meerwaarde voor de client met betrekking tot persoonsgerichte zorg volgens zorgmedewerkers binnen de verpleeghuizen van HWW zorg.*

Deelvragen

- 1) Wat wordt in de literatuur verstaan onder compliance aan beleid ?
- 2) Wat wordt in de literatuur verstaan onder autonomie ?
- 3) Hoe is het beleid met betrekking tot persoonsgerichte zorg binnen HWW zorg vorm gegeven?
- 4) In hoeverre zijn de zorgmedewerkers van HWW zorg compliant aan beleid met betrekking tot persoonsgerichte zorg?
- 5) Op welke wijze geven zorgmedewerkers van HWW zorg invulling aan het begrip autonomie met betrekking tot persoonsgerichte zorg?
- 6) Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden aan het bestuur van HWW zorg om de uitvoer van persoonsgerichte zorg door zorgmedewerkers te optimaliseren?

§ 1.3 RELEVANTIE VAN HET ONDERZOEK

In deze paragraaf wordt de maatschappelijke, organisatorische en wetenschappelijke relevantie van het onderzoek besproken.

Maatschappelijke relevantie

De maatschappelijke relevantie van het onderwerp kan gezien worden vanuit verschillende standpunten, allereerst vanuit het perspectief van de cliënt zelf. Bij cliënten die langdurig verblijven in een verpleeghuis is er, over het algemeen, sprake van de laatste levensfase. Tijdens deze fase worden ze geconfronteerd met lichamelijke en geestelijke achteruitgang of een combinatie van beide. Als gevolg van deze aandoeningen mag geconstateerd worden dat er sprake is van kwetsbare ouderen. Van Campen (2011, p.11) definieert kwetsbaarheid onder ouderen als volgt;

“Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden).”

Juist in deze kwetsbare fase is het van belang om oog te hebben voor de ervaren kwaliteit van leven die vertaald wordt in persoonsgerichte zorg.

Het belang van het centraal stellen van de cliënt wordt nog eens onderstreept door het College van de Rechten van de Mens, zij stelt dat veel cliënten niet meer of niet altijd in staat zijn hun wil te bepalen of uit te drukken, daarom is het volgens het College van groot belang dat zorgverleners zich kunnen inleven in de cliënt en, voor zover mogelijk, steeds opnieuw het gesprek aangaan met de cliënt (2016). 'Cliëntgerichte zorg' is daarvoor, volgens het College, een goede basis. Het College beschrijft dat cliëntgerichte zorg inhoudt dat de huidige wensen en voorkeuren van de cliënt centraal staan (2016).

Mede als gevolg van landelijke media aandacht voor het manifest 'Scherp op ouderenzorg' opgesteld door Borst en Gaemers (2016) waarin de zorg aan kwetsbare ouderen binnen verpleeghuizen ter discussie wordt gesteld, ligt de wijze *waarop* de zorg wordt uitgevoerd onder een vergrootglas.

Tegelijkertijd worden calamiteiten, indien er dus sprake is van fouten binnen de zorgverlening, opgepakt door politici en uitvergroot door de media. Zorgorganisaties worden met naam en toenaam genoemd tijdens publieke debatten binnen de Tweede Kamer.

Organisatorische relevantie

HWW zorg staat voor haar missie en visie, om uitvoer te geven hieraan is beleid opgesteld en zijn aanvullende activiteiten en scholingen georganiseerd om dit beleid te faciliteren. In de huidige situatie komt uitvoer geven aan dit beleid, volgens het bestuur, onvoldoende tot uiting. De organisatie heeft in de voorliggende periode vele bestuurswijzigingen gekend waardoor het lange tijd aan éénvoudig beleid heeft ontbroken. Tevens is er sprake van een groot tekort aan zorgmedewerkers, toegenomen zorgzwaarte binnen de verpleeghuizen en verouderd vastgoed dat niet voldoet aan eigentijdse zorgverlening.

Tegelijkertijd neemt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) een steeds prominenter plaats in bij de implementatie- en uitvoer van beleid binnen de organisatie door het uitvoeren van frequente toetsingsbezoeken.

Als gevolg van bovenstaande beschreven maatschappelijke druk op zorginstellingen neemt de organisatorische relevantie om oog te hebben voor de positie van de cliënt en de zorg die verleend wordt op de juiste wijze uit te voeren, toe.

Tevens realiseert HWW zorg zich dat haar positie binnen de Haagse aanbieders markt van ouderenzorg beïnvloed wordt door de deregulering van de markt en het verschuiven van verantwoordelijkheden naar de burgers (2017). Deze ontwikkelingen beïnvloeden, volgens HWW zorg, het belang om aan te sluiten bij de wensen van de huidige en toekomstige klant (2017).

De organisatie is van mening dat het van groot belang is professionele medewerkers aan zich te binden die in staat zijn persoonsgerichte zorg op dusdanige wijze uit te voeren dat het waarde oplevert voor de client. Binnen de huidige arbeidsmarktproblematiek waar grote tekorten aan gekwalificeerd personeel zijn ontstaan vormt het vinden maar ook binden en boeien van medewerkers een belangrijk speerpunt. Voor de raad van bestuur heeft het toegevoegde waarde om te weten wat medewerkers bindt en boeit maar ook wat hen prikkelt om op professionele wijze (persoonsgerichte) zorg uit te voeren.

Wetenschappelijke relevantie

Er is reeds veel onderzoek verricht naar de invloed van autonomie binnen het publieke domein. Grondlegger van de street-level bureaucracy Lipsky (1980) heeft dit onderwerp een prominente plaats gegeven in zijn theorie over street-level bureaucrats. Met name

Tummers en Bekkers hebben onderzoek gedaan naar dit onderwerp onder verschillende beroepsgroepen binnen de gezondheidszorg, zij pleiten echter voor verder onderzoek ten aanzien van dit onderwerp om zodoende nieuwe effecten van autonomie binnen het publieke domein te kunnen identificeren (2014).

Bestaand onderzoek richt zich met name op hoger gekwalificeerde medewerkers zoals fysiotherapeuten, artsen en MBO- en HBO verpleegkundigen. Er is echter nauwelijks onderzoek gedaan naar de invloed van autonomie op zorgverlening uitgevoerd door de lager gekwalificeerde functies. In het onderzoek wordt de invloed van autonomie op zorgverlening onderzocht bij Verzorgende in de Gezondheidszorg (afk. V.I.G, vanaf nu aangeduid met *verzorgende*).

Tevens richten vele onderzoeken over autonomie binnen de gezondheidszorg zich op de cure-sector zoals ziekenhuizen, er is minder bekend over dit onderwerp binnen de care-sector waar het verpleeghuis onder valt.

Met dit onderzoek wordt getracht nieuwe inzichten te verzamelen over de invloed van autonomie en compliance binnen de zorgverlening in het algemeen en het verlenen van persoonsgerichte zorg binnen het verpleeghuis door verzorgenden in het bijzonder.

§ 1.4 OPZET VAN HET ONDERZOEK

In deze paragraaf wordt een korte omschrijving gegeven van de opzet van het onderzoek. Tevens wordt toegelicht op welke doelgroep het onderzoek betrekking heeft.

§ 1.4.1 ONDERZOEKSMETHODIEK

Om antwoord te kunnen geven op de hoofd – en deelvragen wordt via literatuuronderzoek kennis verkregen over de begrippen compliance en autonomie. Ten aanzien van beschikbare literatuur is kadering aangebracht door de focus te leggen op literatuur die betrekking heeft op het publiek domein aangezien de VVT-sector hier onderdeel van uitmaakt.

Om het begrip autonomie binnen zorgverlening beter te kunnen duiden is er een beschrijving opgenomen over street-level bureaucracy. Er is gekozen voor juist deze theorie aangezien de relatie tussen beleid, organisatorische structuren, hulpmiddelen en de gedragingen van medewerkers hierbij centraal staat (Hoyle, 2014). In het onderzoek worden zorgmedewerkers dan ook aangemerkt als street-level bureaucrats die uitvoer geven aan publiek beleid waarbij sprake is van directe interactie tussen de medewerker en burgers. De medewerkers beschikken over een bepaalde mate van autonomie bij de uitvoer van hun werkzaamheden (Lipsky, 1980).

Om het begrip compliance nader te kunnen duiden is gebruik gemaakt van de 'green tape theory.' Binnen deze theorie staat effectiviteit van regels binnen organisaties centraal. Effectieve regelgeving resulteert in 'goede regels die nageleefd worden door medewerkers' (DeHart-Davis, 2013, p.333).

De wetenschappelijke literatuur leidt tot een conceptueel model. Er is sprake van een kwalitatief onderzoek; met behulp van literatuuronderzoek, documentanalyse en interviews wordt kennis vergaard die inzicht geeft over de wijze waarop, volgens zorgmedewerkers van HWW zorg, compliance en autonomie van invloed zijn op het creëren van meerwaarde van persoonsgerichte zorg.

Het uitvoeren van een documentanalyse geeft inzicht op welke wijze het begrip 'persoonsgerichte zorg' onderdeel vormt van de richtlijnen, protocollen en interne

procedures binnen HWW zorg.

Verdieping wordt aangebracht door het afnemen van semigestructureerde interviews bij verzorgenden die werkzaam zijn binnen verschillende locaties van de verpleeghuizen van HWW zorg.

§ 1.4.2 DOELGROEP

Het onderzoek richt zich op verzorgenden werkzaam binnen de verpleeghuizen van HWW zorg. Deze medewerkers voeren zorg gerelateerde taken uit binnen het primaire proces. Ze worden ook wel 'de handen aan het bed' genoemd.

De verzorgenden vormen de grootste groep zorgmedewerkers binnen de verpleeghuizen van HWW zorg namelijk 45% van het aantal zorgmedewerkers. Deze functie bevindt zich hiërarchisch gezien onder MBO-verpleegkundigen (13%) en boven helpenden (34%) (HWW zorg, 2019).

Verpleeghuiszorg bevindt zich, volgens het Zorginstituut Nederland (2017), binnen de sector Verpleging en Verzorging en definieert het als een:

"continue, langdurige, systematische en multidisciplinaire zorg voor ouderen en chronisch zieken. Het gaat om een integraal aanbod van verpleging, verzorging, behandeling, begeleiding, welzijn en wonen" (2017, p.7).

Zorgmedewerkers worden binnen dit onderzoek aangeduid als (zorg)professionals. Niet alleen verpleegkundigen maar ook Verzorgende in de Gezondheidszorg worden aangeduid als zorgprofessionals (V&VN, 2011);

- *Verzorgenden IG* leveren verzorging en psychosociale begeleiding, vooral in zorgsituaties die niet zo ingewikkeld zijn. Meestal verleent men persoonlijke zorg en begeleiding in de leefsituatie van een zorgvrager. Het uitgangspunt bij het verlenen van zorg is het ondersteunen en stimuleren van het zelfmanagement van de zorgvrager en zijn omgeving, met als doel het behouden of verbeteren van het functioneren in relatie tot kwaliteit van leven, gezondheid en ziekte. Verzorgenden IG werken volgens protocollen en richtlijnen en kunnen daar beargumenteerd van afwijken als de situatie daar om vraagt (V&VN, 2018, z.p.).

§ 1.5 LEESWIJZER

In deze paragraaf worden enkele begrippen gedefinieerd die van belang zijn bij het lezen van het onderzoek.

In het onderzoek wordt een persoon die woonachtig is in een verpleeghuis aangeduid met de term 'cliënt.' V&VN (2011, p.11) definieert cliënt als: "een overkoepelende term voor patiënten, cliënten, zorgvragers, hulpvragers, bewoners etc. Hieronder valt ook de vertegenwoordiger van de cliënt."

De Verzorgenden IG worden in het onderzoek aangeduid met 'verzorgenden.'

Om persoonsgerichte zorg uit te kunnen voeren die voldoet aan wet- en regelgeving heeft HWW zorg beleid opgesteld. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van landelijk opgestelde richtlijnen en protocollen maar ook interne procedures vormen onderdeel van het beleid. De term 'beleid' kan op verschillende wijze omschreven en geïnterpreteerd worden (Hoyle, 2014).

Om kadering aan te brengen worden binnen het onderzoek onder de noemer 'beleid' verschillende items geschaard namelijk:

- **Richtlijn**
Een richtlijn kan worden omschreven als een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, het is afgeleid van wetenschappelijk onderzoek en is aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012).
De 'Richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging' (V&VN, 2011) waarin handvatten worden gegeven over de wijze waarop zorgmedewerkers een zorgdossier inrichten en bijhouden is een voorbeeld van een richtlijn die binnen HWW zorg gebruikt wordt.
- **Protocol**
Een protocol is een afgeleide van een richtlijn en heeft tot doel zorgverleners te ondersteunen bij het uitvoeren van handelingen. Het betreft een werkinstructie c.q. voorschrift en beschrijft op uniforme wijze de handelingsvolgorde en hoe iets gedaan moet worden (Wagner & Leytens, 1999).
Een voorbeeld is het protocol 'injecteren insuline' (website Vilans, z.j.) waarbij stap voor stap beschreven staat op welke manier de zorgmedewerker insuline injecteert bij een client met diabetes.
- **Werkwijze**
Een methode, een manier van werken (website www.vandale.nl , z.j.).
- **Werkinstructie**
Een werkinstructie is gedetailleerder dan een procedure en wordt alleen gemaakt als gedetailleerde instructie nodig is (website www.encyclo.nl, z.j.).

§ 1.6 OPBOUW VAN HET ONDERZOEK

In hoofdstuk 1 staat de aanleiding voor het onderzoek beschreven, dit resulteert in de centrale vraagstelling en deelvragen. Hoofdstuk 2 beschrijft de theoretische inzichten die verkregen zijn uit wetenschappelijke literatuur over het onderwerp. De focus ligt op de green tape theory en theorie over street-level bureaucrats en wordt aangevuld met literatuur van meer algemene aard. Dit resulteert in hoofdstuk 3 in een conceptueel model waarbij verwachtingen worden geformuleerd die de input vormen tot de operationalisering van de begrippen en een toelichting op de gebruikte onderzoeksmethodiek. In hoofdstuk 4 wordt met behulp van een documentanalyse inzicht verkregen in de wijze waarop HWW zorg het begrip persoonsgerichte zorg heeft vertaald in beleid zoals richtlijnen en protocollen.

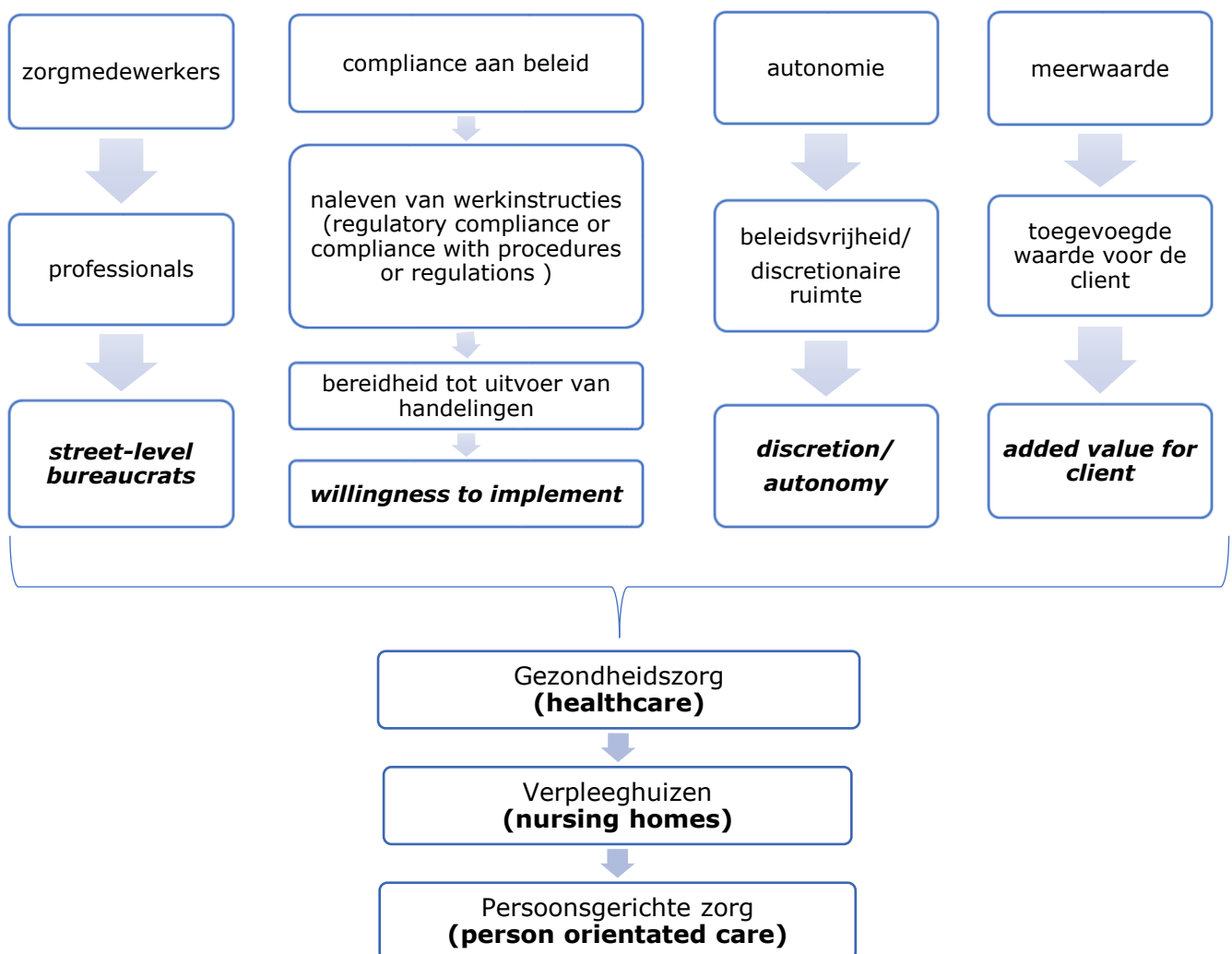
De resultaten van het kwalitatieve onderzoek worden beschreven in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 worden de antwoorden op de deelvragen beschreven wat resulteert tot beantwoording van de centrale vraag. Hoofdstuk 7 bevat conclusies en aanbevelingen en in hoofdstuk 8 vindt reflectie op het onderzoek plaats.

Hoofdstuk 1	Aanleiding Vraagstelling
Hoofdstuk 2	Theoretisch kader
Hoofdstuk 3	Conceptueel model Operationalisering Methodiek
Hoofdstuk 4	Documentanalyse
Hoofdstuk 5	Resultaten kwalitatief onderzoek
Hoofdstuk 6	Conclusie & Aanbevelingen
Hoofdstuk 7	Reflectie

HOOFDSTUK 2 THEORETISCH KADER

Om antwoord te kunnen geven op de hoofd- en deelvragen worden in dit hoofdstuk de begrippen *zorgmedewerkers*, *compliance*, *autonomie*, *regelformalisatie* en *meerwaarde* uitgewerkt aan de hand van literatuur. Met behulp van bestaande theorie wordt een verklaring gezocht voor het onderzoeksprobleem. De theoretische kennis leidt tot een conceptueel model waaruit verwachtingen afgeleid worden.

Op basis van de hoofdvraag 'Wat is de invloed van compliance en autonomie op het creëren van meerwaarde voor de client met betrekking tot persoonsgerichte zorg volgens zorgmedewerkers binnen de verpleeghuizen van HWW zorg,' is een aantal key words te onderscheiden;



Afbeelding 3 Mindmap Keywords

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2000) duidt een beoefenaar van een beroep in de individuele gezondheidszorg aan als 'professional.'

In het theoretisch kader wordt gebruik gemaakt van theorie over street-level bureaucracy. De professional wordt dan ook gedefinieerd als een 'street-level bureaucrat.'

Onderzocht wordt of de factor compliance van invloed is op de meerwaarde die de client, volgens de medewerkers, uiteindelijk ervaart. De literatuur die geschreven is binnen de gezondheidszorg over dit onderwerp kent twee uitgangspunten; compliance met

betrekking tot cliënten en compliance met betrekking tot medewerkers. Compliance met betrekking tot cliënten betreft veelal de mate van therapietrouw bijvoorbeeld slikt client pil x 2 maal daags op tijdstip y? De literatuur heeft dan ook betrekking op compliance aan beleid door medewerkers. Compliance aan beleid betekent, vanuit dit uitgangspunt, het naleven van werkinstructies ook wel omschreven als 'regulatory compliance' of 'compliance with procedures or regulations.' Professionals dienen bereid te zijn deze werkinstructies uit te voeren oftewel 'willingness to implement.'

De factor autonomie kan met betrekking tot het uitvoer geven aan beleid beschreven worden als 'beleidsvrijheid' en is gedefinieerd als 'discretion.' De term discretion wordt in de literatuur gebruikt om street-level bureaucrats aan te duiden en 'autonomy' heeft betrekking op professionals (Tummers, 2011).

De factoren zeggen iets over de uitkomst namelijk leveren deze, volgens de medewerkers, iets op voor de client, is er sprake van toegevoegde waarde oftewel 'added value for the client.'

Een verbijzondering wordt aangebracht door te zoeken naar literatuur over de begrippen in combinatie met 'healthcare,' 'nursing homes' of 'person orientated care.'

§ 2.1 NALEVEN VAN WET- EN REGELGEVING

Om inzicht te geven in het ontstaan van beleid wordt in paragraaf 2.1.1 ingegaan op de oorsprong; waarom is het hebben van beleid van belang en binnen welke organisatievormen wordt dit beleid ten uitvoer gebracht? Tevens wordt het verschil tussen deze twee organisatievormen, die beide onderdeel vormen van de VVT-sector, inzichtelijk gemaakt. De verschillen tussen deze organisatievormen zijn van belang om, op basis van de resultaten van het empirisch onderzoek, inzicht te kunnen geven welke kenmerken het meest passend zijn bij de huidige organisatiestructuur van HWW zorg. Inzicht hierin geeft mogelijk handvatten voor aanbevelingen die in hoofdstuk 6 zullen worden beschreven.

In paragraaf 2.1.2 wordt beschreven op welke wijze het naleven van regelgeving oftewel compliant zijn aan, gedefinieerd wordt. Een belangrijk element van compliance betreft de bereidwilligheid van professionals om regelgeving na te leven; waarom voert men juist wel of juist niet het beleid uit?

Een verdiepende, meer praktische, uitwerking van compliance betreffende de effecten van de vertaling van wet- en regelgeving in regels en protocollen wordt beschreven in paragraaf 2.1.3 waarin met behulp van de *green tape theory* het naleven van beleid inzichtelijk gemaakt wordt. Met behulp van deze theorie kan in het onderzoek uiteindelijk een praktische vertaalslag worden gemaakt van de onderzoeksresultaten naar concrete aanbevelingen richting het bestuur van HWW zorg.

§ 2.1.1 BUREAUCRATIE VERSUS PROFESSIONELE ORGANISATIE

Binnen een rechtstaat zoals Nederland worden regels door de staat belegd in wet- en regelgeving. Deze moet ervoor zorgen dat bij uitvoer en toepassing ervan 'alle gevallen gelijk' of 'alle gevallen ongelijk' worden behandeld. Op deze manier wordt willekeur in het optreden van de overheid voorkomen. Deze zogenaamde 'rationele-legale gezagsverhoudingen' vormen de basis voor een bureaucratie (Bekkers, 2012). Max Weber (1864-1920) staat bekend als *de* grondlegger van de theorie met betrekking tot bureaucratie.

Organisaties die uitvoering geven aan overheidsbeleid worden ook wel overheidsbureaucratieën genoemd (Bekkers, 2012). Deze bureaucratieën kenmerken zich

door een hoge mate van standaardisatie en formalisering, taken zijn bijvoorbeeld vastgelegd in allerlei procedures en voorschriften. Tevens wordt er zeer veel belang gehecht aan operationeel beleid dat concreet aangeeft wie wat moet doen. Doordat bestuurders van organisaties aangesproken moeten kunnen worden over de wijze waarop beleid uitgevoerd wordt, kenmerkt een bureaucratie zich door centralisatie en een duidelijk hiërarchie (Bekkers, 2012). Bovens, 't Hart en van Twist (2012) beschrijven dat medewerkers die werkzaam zijn binnen een bureaucratie zich sterk laten leiden regels en procedures en niet door persoonlijke voorkeuren. Kortom voorschriften, instructies en soms verregaande procedures vormen de ruggengraat van een bureaucratie. Bekkers (2012) vraagt zich dan ook af wanneer deze nog functioneel zijn of tot perverse effecten gaat leiden en een doel op zichzelf worden.

Een afgeleide van een bureaucratie is de zogenaamde 'professionele bureaucratie' ook wel 'professionele organisatievorm' genoemd, voorbeelden zijn onderwijsinstellingen, universiteiten en welzijnsorganisaties. Binnen deze organisaties zijn professionals werkzaam die een specialistische opleiding hebben gevolgd en hun werk met een grote mate van zelfstandigheid vervullen (Bovens et al., 2012, p.184). Het werk is relatief ingewikkeld en vereist gespecialiseerde kennis en vaardigheden. "De relatieve zelfstandigheid van de professional in vergelijking met medewerkers binnen een bureaucratie (een bureaucraat) berust op het feit dat het werk te ingewikkeld is om door managers gecontroleerd of door een staf gestandaardiseerd te kunnen worden" (Bovens et al., 2012, p.184). Een voorbeeld hiervan is een directie van een school, deze onderwijst niet, dat doen de leraren voor de klas.

Bovens et al. (2012) beschrijven dat er binnen organisaties met een bureaucratische structuur spanningen kunnen ontstaan wanneer er steeds meer professionals werkzaam zijn. Professionals laten zich namelijk niet per definitie leiden door de wensen van de organisatieleiding, aldus Bovens et al. (2012).

Bureaucratische Organisatie	Professionele Organisatie
Centralisatie: structuur is gericht op bureaucratische beheersing en controle	Decentralisatie: structuur is gericht op professionele autonomie en vrijheid
cultuur waarin regels, richtlijnen en procedures belangrijk zijn	cultuur waarin formele positie en hiërarchie niet zo belangrijk zijn.
coördinatie door standaardisatie van werkprocessen	coördinatie van door standaardisatie van kennis en vaardigheden
gezag berustend op status, positie en hiërarchie: wie de baas is, mag het zeggen	gezag berustend op prestaties en vaktechnische deskundigheid; wie het weet, mag het zeggen
loyaliteit aan de top	loyaliteit aan de professie

Afbeelding 4 Verschillen in organisatievormen (Bovens et al., 2012, p.186)

§ 2.1.2 COMPLIANCE

Oorspronkelijk is het woord compliance afgeleid van het Latijnse woord *cumplere*, wat vrij vertaald betekend dat je je acties conformeert of aanpast aan de wensen van een ander, aan een regel of noodzaak (Evangelista, 1999). "Compliance weerspiegelt een mate van onderwerping, gehoorzaamheid, aanpassing en flexibiliteit" (Anderson, 1994, p.372 geciteerd door Ingram, 2009).

De wijze waarop het begrip compliance beschreven wordt hangt vooral af vanuit welk perspectief het wordt benaderd bijvoorbeeld vanuit een sociologisch, psychologisch, politiek of wettelijk perspectief. Ook maakt het verschil of compliance is gedefinieerd ten aanzien van een beroepsgroep, organisatie, team of een individu (Anderson & Johnson, 2005)

In de literatuur staat een variëteit aan definities beschreven zoals;

- "*Rule compliance* is de beweegreden van een persoon of hij/zij zich verplicht voelt om regels geformuleerd vanuit de overheid na te leven" (Tummers et al., 2012, p.724).
- "Het voldoen aan de wettelijke eisen en veldrichtlijnen maar vooral ook hoe de instelling de naleving van wet- en regelgeving borgt in het managementsysteem en hoe de risico's worden beheerst wordt ook wel *compliance* genoemd" (Stoopendaal & de Bree, 2014, p.11).
- *Compliance aan beleid* betekent het naleven van beleid waarbij medewerkers het organisatiebeleid opvolgen zoals beschreven (Anderson & Johnson, 2005).

§ 2.1.3 UITVOER VAN BELEID

Een belangrijke factor bij het uitvoeren van beleid is de bereidwilligheid of juist de weerstand van de medewerkers die dit beleid moeten naleven en uitdragen. Indien de professionals niet bereid zijn het beleid te tot uitvoer te brengen dan kan dit immers serieuze consequenties hebben (Tummers, Steijn en Bekkers, 2012, p.716);

- de effectiviteit van het beleid kan verloren gaan
- de relatie tussen de professionals en burgers kan beïnvloed worden waardoor de legitimiteit van landelijke wet-regelgeving onder druk kan komen te staan

Onder bereidheid om beleid uit te voeren oftewel 'willingness to implement' baseren Tummers en Bekkers (2014) zich op de definitie van Metselaar (1997, p.34) waarin beschreven staat dat indien medewerkers positief zijn over het aanbrengen van wijzigingen in bestaande organisatorische structuren, het werk en administratieve processen, dit resulteert in inspanningen van medewerkers die het verbeterproces ten goede komen. Kortom de bureaucrat stopt energie in de uitvoer van het beleid.

Tummers et al. (2012) concludeerden dat de (1) inhoud van het te implementeren beleid de belangrijkste factor is op de bereidheid dit uit te voeren. Ook de (2) organisatorische context en de (3) persoonlijkheid van de professional spelen een rol bij het uitvoeren van beleid;

De *inhoud van het beleid* wordt bepaald door de waarde ervan. Onvoldoende of geen bereidwilligheid om beleid te implementeren ontstaat als professionals de bedoeling en de toegevoegde waarde ervan niet inzien, men ervaart het beleid als zinloos.

Er worden drie typen zinloosheid onderscheiden (Tummers et al., 2012, p.719):

1. maatschappelijke zinloosheid (societal meaninglessness); het beleid voegt, volgens de professionals, geen waarde toe aan de maatschappij.

2. zinloosheid ten aanzien van de client (client meaninglessness); het beleid helpt, volgens de professionals, de client niet.

3. persoonlijke zinloosheid (personal meaninglessness); het beleid levert geen persoonlijke waarde op zoals loonsverhoging of status.

Maatschappelijke zinloosheid blijkt van meeste invloed te zijn op de bereidheid tot wel/geen implementatie van het beleid (Tummers et al., 2012). Professionals staan niet onwillig ten aanzien van maatschappelijke doelen zoals transparantie of het verbeteren van de keuzevrijheid van de client, maar wanneer men van mening is dat het beleid niet bijdraagt aan deze doelen is men amper bereid dit uit te voeren (Tummers et al., 2012). Bevestiging hiervan wordt gevonden in onderzoek van Tummers (2011) waarin beleidsmakers wordt geadviseerd verduidelijking te geven aan deze doelstellingen door, onder andere, professionals te betrekken bij de totstandkoming van de doelen. Tummers (2011) benoemt tevens een duidelijke relatie tussen de bereidwilligheid van de professional en client meaninglessness; indien men van mening is dat het beleid geen meerwaarde heeft voor de client is men minder bereid dit beleid uit te voeren.

Binnen de *organisatorische context* zijn drie aspecten van invloed op het implementatieproces namelijk:

1. de invloed die professionals uit kunnen oefenen op het proces
2. de wijze waarop managers het beleid kwalificeren
3. de wijze waarop directe collega's het beleid kwalificeren

Tummers et al. (2012) concluderen dat wanneer managers positief zijn ten opzichte van het te implementeren beleid dit een zekere mate van invloed heeft op de bereidwilligheid van de professional. De invloed van directe collega's op de professional is echter meer significant. Hoe positiever directe collega's zijn over het beleid hoe meer de professional zich wil inspannen om uitvoer te geven aan het beleid.

Tot slot is de *persoonlijkheid* van de professional op de mate van bereidwilligheid ten aanzien van het in te voeren beleid onderzocht namelijk:

1. opstandigheid (*rebelliousness*)- de neiging van de professional om iets als een bedreiging van haar/zijn vrijheid te zien
2. volgzzaam – de professional heeft de overtuiging dat beleid nageleefd dient te worden (*rule compliance*).

Geconcludeerd werd dat opstandige professionals minder geneigd zijn om beleid te implementeren ongeacht de inhoud ervan of de organisatorische context (Tummers et al. 2012).

§ 2.1.4 REGELFORMALISATIE

Organisatorische regels kunnen worden omschreven als vereisten voor specifieke organisatorische gedragingen binnen bepaalde omstandigheden (DeHart-Davis, Chen & Little, 2013). Met behulp van regelgeving kan geduid worden wie, wat en wanneer doet.

Sinds Max Weber zijn theorie met betrekking tot de bureaucratie heeft geïntroduceerd (zie paragraaf 2.1.1) zijn zijn ideeën rondom het vastleggen van regels, richtlijnen en procedures regelmatig aan kritiek onderhevig geweest en roepen ze inmiddels het beeld op van dwang, inflexibiliteit, middelmatigheid en inefficiëntie (DeHart-Davis et al., 2013). Mede als gevolg van deze stroming is er binnen publieke organisaties een deregulering zichtbaar om zodoende de efficiëntie te vergroten.

Maar "hoewel het onbetwistbaar is dat geschreven regels negatieve organisatorische resultaten kunnen genereren, betekent dit niet dat de schriftelijke aard van de regel de boosdoener is. Integendeel, de theorie suggereert het tegenovergestelde, dat regelformalisatie - het proces en de uitkomst van het schriftelijk vastleggen van regels - de kans vergroot om het tegenovergestelde te bereiken van administratieve rompslomp, dat wil zeggen effectieve organisatorische regels of 'green tape'" (DeHart-Davis et al., 2013, p.332).

Het formaliseren van regels is een hulpmiddel dat een bijdrage kan leveren aan effectiviteit van organisatorische regels. Regels die een positieve bijdrage kunnen leveren vormen de essentie van de zogenaamde 'green tape theory.' Binnen de green tape theory staat de effectiviteit van regels binnen organisaties centraal. *Met effectiviteit wordt de mate waarin men met behulp van regels datgene bereikt wat men beoogt heeft, bedoeld.* Met behulp van deze theorie wordt beargumenteerd dat effectieve regelgeving integraal onderdeel vormt van public management namelijk op de juiste wijze ontwikkelde regelgeving en medewerkers die de regels naleven (DeHart-Davis et al., 2013).

"Regels zijn de lijm die medewerkers binnen de publieke sector bindt met hun organisatie," legt DeHart-Davis uit (2009, p.909). Door regels op te stellen en toe te passen empoweren organisaties hun medewerkers, genereren ze rechtvaardigheid en vertrouwen en creëren ze begrip. Het is aan de medewerkers om uitvoering te geven aan de regels. Medewerkers hebben echter een oordeel over de werkzaamheden die ze verrichten zo ook over de regels die ze moeten navolgen, dit oordeel is van invloed op de wijze waarop en of men de regels wel of niet toepast.

Met behulp van de 'green tape theory' heeft DeHart-Davis (2009) onderzoek gedaan naar het naleven van regels onder ambtenaren.

De effectiviteit wordt volgens deze theorie bepaald door twee factoren namelijk technische vaardigheden, de wijze waarop de regels zijn opgesteld en geïmplementeerd en in hoeverre de regels omarmd worden door de medewerker en deze in staat is de regels uit te leggen, bekrachtigen en/of deze na te leven (DeHart - Davis, 2009).

DeHart-Davis (2009) concludeerde dat een tweetal factoren significant bijdragen aan het naleven van regels:

1. *regels die een optimale mate van controle bevatten ('optimal control')*

Dit type regels is niet geheel vrijblijvend maar vereist ook geen hoge mate van controle. Deze regels vragen om vertrouwen in de medewerker tijdens de uitvoer ervan. De medewerker ervaart bewegingsruimte tijdens de uitvoering en dit bevordert het commitment van de medewerker om beoogde doelstellingen te behalen (DeHart-Davis, 2009).

2. *de bedoeling van de regels wordt begrepen ('valid means-ends relationship')*

De bedoeling van de regels wordt begrepen door de medewerkers. DeHart-Davis (2009) concludeerde dat regels met een duidelijk doel als minder belastend werden ervaren en meer geaccepteerd werden ten opzichte van regels waarbij de bedoeling ervan onduidelijk was. Wanneer het doel van de regel onduidelijk is kunnen de werkzaamheden die hieruit voort komen als zinloos worden ervaren en als gevolg daarvan kunnen medewerkers emotionele afstand voelen ten opzichte van hun werkzaamheden. Dit zou vervolgens kunnen leiden tot verwijdering ten opzichte van de te volgen regels.

Minder significant maar desalniettemin met een aantoonbaar effect op het naleven van regels zijn de factoren:

3. *regels vastleggen / op schrift stellen* ('rule written')

Het vastleggen van regels draagt bij aan het bekrachtigen van de legitimiteit ervan. Het geeft medewerkers iets om op terug te vallen en met behulp van de vastgestelde regels kan men de ander laten zien dat men werkzaamheden niet verzonnen heeft of gebruikt om bijvoorbeeld een ander dwars te zitten (DeHart-Davis, 2009).

4. *de regels dienen aan te sluiten op de werkzaamheden* ('consistent application')

De regels dienen bruikbaar te zijn en op logische, rationele wijze aan te sluiten bij de werkzaamheden van de medewerker. Is dit niet het geval dan bestaat de kans dat de medewerker zelfstandig de regel gaat aanpassen en op deze wijze bruikbaar wordt gemaakt (DeHart-Davis, 2009).

"Werken volgens de regels is een fundamentele taak voor medewerkers werkzaam binnen het publieke domein," zo concluderen Borry et al. (2018, p.368). Het onderzoek van Borry et al. (2018) bouwt verder op dat van DeHart-Davis (2009) door tevens vanuit het perspectief van de green tape theory, te onderzoeken of de wijze waarop regels zijn opgesteld van invloed is op de opvolging ervan. De focus binnen het onderzoek richt zich op twee aspecten van regelgeving namelijk de kwaliteit van de regels die op schrift gesteld zijn ('rule formalization') en de betrouwbaarheid waarmee regels worden toegepast ('rule consistency'). De resultaten over rule formalization sluiten aan op de theorie van DeHart-Davis (2013) omtrent written rules en rule consistency verdieping geeft aan de theorie over consistent application.

Borry et al. (2018) concluderen dat beide aspecten bijdragen aan het navolgen van regels:

1. *Kwaliteit van het op schrift stellen van regels* (rule formalization)

"Rule formalization heeft betrekking op het proces en de outcome van het op schrift stellen van beleid, procedures en regels," (DeHart-Davis, 2013, p.332) en kan opgesplitst worden in twee kenmerken namelijk:

- Datgene beschrijven wat echt belangrijk is / aandacht behoeft ('attention focusing') Hiermee wordt bedoeld dat issues die er echt toe doen of van invloed zijn op organisatorische processen, beschreven worden. Door het op schrift stellen van deze onderwerpen worden ze zichtbaar en de tekst kan makkelijk verspreid worden onder betrokkenen (Borry et al., 2018).
- Legitimiteit ('legitimacy') Legitimiteit van regels wil zeggen dat deze gezien worden als toepasbaar en passend bij de situatie waardoor bij medewerkers een gevoel van verplichting wordt aangewakkerd om deze toe te passen bij hun werkzaamheden (Borry et al., 2018).

2. *Betrouwbaarheid waarmee regels worden toegepast* ('rule consistency').

Of regels op de juiste en eenduidige wijze worden toegepast zegt iets over de betrouwbaarheid ervan. Regels die als bruikbaar worden gekwalificeerd door medewerkers worden meer toegepast waardoor de effectiviteit van de organisatie toeneemt. Tevens bleek dat, indien regels niet duidelijk zijn voor de medewerker deze het gedrag van zijn collega's kopieert en daardoor het beoogde doel van de regel stapje voor stapje vervormd kan worden (Borry et al., 2018).

§ 2.3 AUTONOMIE EN DE STREET-LEVEL BUREAUCRAT

De groei van het aantal regels, dikwijls tegengesteld aan elkaar, vraagt om een 'match' tussen de casus en de regelgeving en dit vereist autonomie (Maynard-Moody en Musheno, 2003).

In dit hoofdstuk wordt autonomie beschreven vanuit het perspectief van de street-level bureaucrat. Deze bureaucrats staan op de werkvloer en vervullen een functie als leraar, politieagent of verpleegkundige en kenmerkt zich door direct contact tussen de professional en de leerling, burger of cliënt.

In paragraaf 2.2.1 wordt het begrip street-level bureaucrat beschreven. De relatie tussen autonomie en regelgeving en waarin dit kan resulteren wordt beschreven in paragraaf 2.2.2. Alhoewel het begrip 'beleidsvervreemding' niet in de scope van het onderzoek valt is dit fenomeen wel degelijk van invloed op het wel/niet navolgen van beleid, autonomie in relatie tot bereidheid tot implementatie en uiteindelijk de meerwaarde die dit genereert voor de client. In paragraaf 2.2.3 wordt daarom kort ingegaan op dit onderwerp.

De relatie tussen de street-level bureaucrat en het management wordt beschreven in paragraaf 2.2.4. Het verschil vanuit welk perspectief autonomie wordt benaderd namelijk top-down of bottom-up, staat beschreven in paragraaf 2.2.5.

§ 2.3.1 STREET-LEVEL BUREAUCRATS

Landelijke wet- en regelgeving wordt binnen organisaties dikwijls vertaald in intern beleid bestaande uit werkwijzen, richtlijnen of protocollen. Om als organisatie compliant te zijn aan wat 'de wet' je voorschrijft is het van belang dat de medewerkers die binnen de organisatie uitvoer geven aan dit beleid zich houden aan datgene wat afgesproken is. Deze uitvoerend medewerkers die opereren in de 'frontlinie' noemen we ook wel street-level bureaucrats.

Grondlegger van de theorie met betrekking tot street-level bureaucracy is Michael Lipsky. Lipsky (1980) beschrijft dat street-level bureaucrats uitvoering geven aan publiek beleid. Er bestaat directe interactie tussen street-level bureaucrats en burgers, men beschikt over een mate van autonomie bij de uitvoer van hun werkzaamheden (Lipsky, 1980, p.3). Typische street-level bureaucrats zijn professionals zoals politieagent, leraar of zijn werkzaam binnen de gezondheidszorg bijvoorbeeld als arts.

Hoyle (2014) beschrijft dat ook verpleegkundigen kunnen worden aangemerkt als street-level bureaucrats aangezien binnen hun functie niet alleen klinische maar ook administratieve taken een belangrijke rol innemen. Tegelijkertijd dragen verpleegkundigen in toenemende mate verantwoordelijkheid en kunnen zij worden aangesproken op hun acties. Ook binnen deze professie is er sprake van uitvoer van beleid versus vrijheid in handelen (Hoyle, 2014).

Kenmerkend voor de werkzaamheden is het directe cliëntencontact. Dit contact resulteert in wederzijdse interactie; de bureaucrat moet dan ook in staat zijn om te acteren op de reactie van de client (Lipsky, 1980).

§ 2.3.2 AUTONOMIE

Autonomie betekent letterlijk 'zelfstandigheid' of 'zelfbestuur' (van Dale z.j.).

Met de introductie van New Public Management (NPM) deden begrippen als efficiency, transparantie en de keuze van de client staat centraal, hun intrede. Doordat deze begrippen afkomstig zijn uit een 'profit' omgeving waar zakelijkheid en winstbelang

voorop staan kunnen deze botsten met de meer traditionele non-profit omgeving waarbij autonomie en eigen inbreng van professionals een belangrijke rol spelen (Tummers, 2011).

In tegenstelling tot vele andere beroepen waarbij uitvoerend medewerkers in de 'frontlinie' staan, hebben street-level bureaucrats veel vrijheid om de aard, aantal en de kwaliteit van de voordelen en sancties te bepalen ten aanzien van hun cliënten (Lipsky, 1980, p.13). Ze beschikken daardoor over een bepaalde mate van autonomie. Zo kunnen leraren bijvoorbeeld zelf bepalen welke straf ze hun leerlingen opleggen en hebben politieagenten de vrijheid om te bepalen of ze wel/geen boete uitschrijven (Lipsky, 1980). Autonomie is zelfs een voorwaarde voor street-level bureaucrats om hun werk naar behoren te kunnen doen aangezien de voorgeschreven werkwijzen niet altijd passend zijn bij een specifieke situatie, aldus Lipsky (1980) en licht dit verder toe; Tijdens hun werkzaamheden komen deze professionals in aanraking met burgers, leerlingen of cliënten die onvoorspelbaar zijn en individuele behoeften hebben. Dit kan resulteren in situaties die complex en dynamisch van aard zijn. Een voorbeeld hiervan is de gezondheidszorg waarbij er sprake is van een vertrouwensrelatie tussen de bureaucrat [verpleegkundige of arts] en de client waardoor er spanning kan ontstaan tussen compassie en flexibiliteit enerzijds en het hanteren van regels anderzijds.

De autonomie is echter niet vrijblijvend, street-level bureaucrats worden, ondanks een bepaalde mate van vrijheid binnen hun werkzaamheden, geacht uitvoering te geven aan het beleid van de organisatie. Met name binnen de gezondheidszorg neemt het aantal regels waaraan men moet voldoen, de omvang aan van een "encyclopedie," tevens is er sprake van constante aanpassingen van deze regels. Deze regels en beroepsnormen kunnen in dit geval zelfs belemmerend werken op de dagelijkse praktijk van de street-level bureaucrat (Lipsky, 1980, p.14).

De discrepantie tussen autonomie en het navolgen van voorgeschreven regels voortvloeiend uit beleid, wringt en kan leiden tot situaties waarbij de bureaucrat zich niet conformeert aan voorgeschreven beleid en de doelstellingen van de organisatie. Dit wordt ook wel non-compliance genoemd (Lipsky, 1980). Non-compliance kan veroorzaakt worden doordat de medewerker zich niet herkent in het beleid van de organisatie, men raakt ervan vervreemd, bijvoorbeeld een leraar die door zijn manager verzocht wordt een cursus te geven waar hij/zij niet achter staat. Aanvullende complicerende factoren zijn een tekort aan personeel, beperkte tijd voor de uitvoer van werkzaamheden, een hoge caseload en het missen van expertise (Lipsky, 1980). In de praktijk leidt dit ertoe dat de medewerker keuzes maakt met betrekking tot de werkzaamheden, men brengt prioritering aan en voert activiteit x wel uit en activiteit y niet.

Om, desondanks, hun werk te kunnen uitvoeren hanteren medewerkers zogenaamde coping mechanismen; ze ontwikkelen alternatieve werkwijzen waarbij ze het beleid vervormen en zodoende hun eigen werkwijzen creëren. Door deze herinterpretatie van de regels stelt de street-level bureaucrat uiteindelijk zijn eigen beleid op.

Doordat men afwijkt van organisatorische doelstellingen kan dit uiteindelijk resulteren in contraproductiviteit ten opzichte van het organisatiebelang (Lipsky, 1980).

Ook Yukl (2012) onderkent deze problematiek en geeft aan dat het ontvangen van een bepaalde mate van autonomie medewerkers in staat stelt om beslissingen te nemen over werkzaamheden. Teveel autonomie kan echter leiden tot coördinatie problemen, een lagere efficiëntie en inconsistente behandeling van cliënten, aldus Yukl (2012).

Tummers en Bekkers (2014) vullen aan dat street-level bureaucrats op verschillende wijze dezelfde mate van autonomie ten aanzien van voorgeschreven beleid kunnen ervaren. Deze verschillen hebben diverse redenen; zo kan een professional beter op de hoogte zijn van mazen in de wet- en regelgeving waardoor deze meer vrijheid ervaart in de toepassing ervan dan zijn collega's. Organisatie x kan op een andere wijze uitvoer geven aan het beleid dan organisatie y. Ook zou de relatie die de professional heeft met zijn leidinggevende van invloed kunnen zijn waardoor hij meer of minder vrijheid voelt om beleid tot uitvoer te brengen. Tot slot is de persoonlijkheid van de bureaucrat van invloed; is men gezagsgetrouw of meer recalcitrant van aard.

§ 2.3.3 STREET-LEVEL BUREAUCRATS VERSUS MANAGEMENT

Lipsky (1980) beschrijft dat de verhouding tussen street-level bureaucrats en managers gekenmerkt wordt door twee aspecten;

Deze kan enerzijds conflictueus van aard zijn aangezien de bureaucrat clientgeoriënteerde doelen nastreeft waarbij het van belang is autonomie te behouden en bij voorkeur te vergroten. Managers hebben echter een ander belang, namelijk het boeken van resultaten, een hoge productiviteit tegen zo laag mogelijk kosten.

Anderzijds is er sprake van wederzijdse afhankelijkheid, de bureaucrat is afhankelijk van de manager zoals het ter beschikking stellen van hulpmiddelen en salaris.

Tegelijkertijd verkeert de manager in een afhankelijke positie doordat de kennis van de medewerker deze van de manager dikwijls overstijgt. Dit effect wordt nog eens verstrekt doordat de bureaucrat, door gebruikmaking van zijn handelingsvrijheid, bestaand beleid naar zijn hand kan zetten.

Gezien bovenstaande is het volgens Lipsky (1980) dan ook van belang te realiseren dat de mate van (non)compliance van de bureaucrats een management probleem is dat bemoeilijkt wordt doordat deze zich kunnen onttrekken van organisatiedoelstellingen door gebruikmaking van hun autonomie en inherent hieraan hun kennis en zelfstandig opgesteld beleid. Het oplossen van deze problematiek vraagt dan ook om "begrip en inlevend vermogen van het management voor de werkwijze van de street-level bureaucrats en de omstandigheden waaronder ze hun werk moeten uitvoeren" (Lipsky, 1980, p.25).

§ 2.3.4 AUTONOMIE; TOP-DOWN OF BOTTUM-UP?

Het perspectief van waaruit men naar autonomie kijkt kent, volgens Tummers en Bekkers (2014) een tweetal uitgangspunten, een top-down of bottum-up benadering. Bezien vanuit een top-down benadering wordt autonomie dikwijls als hinderlijk ervaren. Vanuit dit perspectief ziet men de street-level bureaucrat als iemand die zijn persoonlijke doelen wil bereiken en eigen interpretaties van het beleid erop nahoudt waardoor de effectiviteit ervan verloren gaat. Organisaties reageren op dit fenomeen door het inbouwen van controlemechanismen en hopen hierdoor compliance van de medewerkers te bereiken.

Vanuit een bottum-up perspectief, dus vanuit het oogpunt van de professional, wordt autonomie heel anders ervaren; het is een onmisbare factor die behulpzaam is bij de uitvoer geven van vastgesteld beleid in specifieke situaties. Bijkomend voordeel is dat op deze wijze draagvlak en waardering voor het beleid gecreëerd wordt en de effectiviteit ervan verbeterd.

Gezien de beperkte tijd, financiën en andere hulpmiddelen enerzijds en de enorme hoeveelheid regels en voorschriften anderzijds is het van belang dat street-level bureaucrats in staat worden gesteld om zelfstandig hun prioriteiten te mogen bepalen

(Maynard-Moody & Musheno, 2000).

Ook vanuit het clientperspectief kan op verschillende wijzen waarde toegekend worden aan de top-down of bottom-up benadering; beredeneerd vanuit een top-down benadering zou een client mogelijk benadeeld kunnen worden doordat de street-level bureaucrat persoonlijke doelen nastreeft en daardoor het beleid op eigen wijze interpreteert. Echter vanuit een bottom-up benadering zal de client mogelijk beter af zijn doordat beleid passend wordt gemaakt ten aanzien van zijn of haar specifieke situatie (Tummers & Bekkers, 2014).

Middels onderzoek concludeerden Tummers en Bekkers (2014) dat de aanwezigheid van autonomie vanuit het perspectief van de bottom-up benadering een positief effect heeft op de effectiviteit en acceptatie van het uit te voeren beleid.

Zij bevelen dan ook aan dat bij het opstellen van beleid de street-level bureaucrat een bepaalde mate van vrijheid toe te kennen bij de uitvoer ervan waardoor dit kan resulteren in een effectieve en geaccepteerde werkwijze.

§ 2.4 MEERWAARDE VOOR DE CLIENT

"Autonomie genereert toegevoegde waarde voor de client," aldus Tummers en Bekkers (2014, p.530). De invloed die niet alleen autonomie maar meerdere factoren hebben op de meerwaarde voor de client staan in dit onderzoek centraal. In dit hoofdstuk zal het begrip 'meerwaarde voor de client' nader worden omschreven.

Maynard-Moody en Musheno (2003) bezien de theorie rondom street-level bureaucraten vanuit een narratief perspectief, zij baseren zich hierbij op de verhalen die de bureaucraten vertellen over de dagelijkse praktijk. Deze verhalen zijn dikwijls normatief en cultureel van aard, de ervaringen worden dus gekleurd door de eigen beleving van de bureaucrat.

Maynard-Moody en Musheno (2003) beschrijven dat er in de bestaande literatuur dikwijls de nadruk gelegd wordt op de wijze waarop street-level bureaucraten wetgeving en regels naleven. Zij noemen dit een 'state-agent narratieve.' Volgens de auteurs is het tevens van belang om de wijze waarop street-level bureaucraten oordelen over de identiteit en het karakter van degene [burgers, cliënten] waar zij op dat moment mee geconfronteerd worden. Ook wel 'citizen-agent' genaamd. Beide narratieven zijn weliswaar onderscheidend maar niet tegenstrijdig aan elkaar. Het perspectief citizen-agent is normatief van aard en kenmerkt zich doordat de professional mensen labelt middels 'waardige personen' en 'niet-waardige personen.'

Maynard-Moody en Musheno (2003) voegen hieraan toe dat bureaucraten constant attent zijn op wie hun cliënten zijn. Bij het toepassen van regels en procedures, laten ze zich leiden door hun oordeel over het karakter of identiteit van degene [burger, client] die ze voor zich hebben. Indien er geen 'match' is tussen regels en procedures, het oordeel van de bureaucrat en de gedragingen van de burger/client dan levert dit spanning op bij de bureaucrat. Men vraagt zich op zo'n moment af wat de juiste beslissing is (Maynard-Moody & Musheno, 2003).

In geval van toegevoegde waarde, oftewel 'client meaningfulness,' is de street-level bureaucrat van mening dat men beleid uitvoert dat waarde oplevert voor een client, aldus Tummers en Bekkers (2014, p.530). Zo kan bijvoorbeeld een maatschappelijk werker die van mening is dat burgers met een baan meer kwaliteit van leven ervaren, het begeleiden van werklozen op zoek naar een baan, als zeer zinvol ervaren. De client

kan er overigens een andere mening op na houden. Andersom geredeneerd kunnen professionals die uitvoer geven aan beleid waarvan men van mening is dat de meerwaarde voor cliënten ontbreekt, gefrustreerd raken en zich vragen zich af waarom ze dit beleid uit moeten voeren.

Tummers en Bekkers (2014, p.541) concluderen dat het toekennen van autonomie bij de uitvoer van beleid door street-level bureaucrats leidt tot een toename van client meaningfulness aangezien er zorg op maat verstrekt kan worden. Doordat street-level bureaucrats beleid mogen uitvoeren dat passend is bij de specifieke situatie van de client worden ze in staat gesteld hun eigen oordeel te volgen ten aanzien van de wensen en behoeften van de client.

Het positieve effect dat autonomie heeft op de, door de street-level bureaucrat ervaren, toegevoegde waarde voor de client versterkt tevens de bereidheid om beleid uit te voeren oftewel 'willingness to implement' (Tummers & Bekkers, 2014, p.541).

HOOFDSTUK 3 ONDERZOEKSDESIGN

In dit hoofdstuk wordt op basis van de literatuur in hoofdstuk 2 een conceptueel model uitgewerkt. Tevens wordt beschreven tot welke verwachtingen het model leidt.

Op welke wijze het conceptueel model tot stand is gekomen wordt toegelicht in paragraaf 3.1 waarbij de relaties tussen de begrippen compliance en autonomie met behulp van de literatuur worden beschreven.

Het conceptueel model wordt vervolgens in paragraaf 3.2 geoperationaliseerd waarbij de theoretische begrippen meetbaar worden gemaakt.

Voordat er gestart wordt met het empirisch onderzoek wordt in paragraaf 3.3 beschreven op welke wijze het onderzoek zal plaatsvinden door middel van het uitwerken van een plan van aanpak en de typen onderzoek die uitgevoerd worden.

De kwaliteitsindicatoren van het onderzoek, namelijk de betrouwbaarheid en validiteit, worden toegelicht in de paragrafen 3.4.1 en 3.4.2.

§ 3.1 CONCEPTUEEL MODEL & VERWACHTINGEN

Verzorgenden, oftewel professionals, kunnen omschreven worden als street-level bureaucrats. Hoyle (2014) beschrijft dat ook verpleegkundigen kunnen worden aangemerkt als street-level bureaucrats aangezien binnen hun functie professionele maar ook administratieve taken een belangrijke rol innemen en zij in toenemende mate verantwoordelijkheid dragen en aangesproken kunnen worden aangesproken op hun acties (p.191).

Compliance aan beleid

Binnen een rechtstaat zoals Nederland belegt de staat regels in wet- en regelgeving. Deze moet ervoor zorgen dat bij uitvoer en toepassing ervan 'alle gevallen gelijk' of 'alle gevallen ongelijk' worden behandeld. Op deze manier wordt willekeur in het optreden van de overheid voorkomen (Bekkers, 2012). HWW zorg kenmerkt zich door een hoge mate van standaardisatie en formalisering, taken zijn bijvoorbeeld vastgelegd in allerlei protocollen en men heeft zich gecommitteerd aan landelijke kaders en richtlijnen zoals het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (zie paragraaf 1.1.2).

Het naleven van regels geformuleerd vanuit de overheid wordt ook *rule compliance* genoemd, het is "de beweegreden van een persoon of hij/zij zich verplicht voelt om regels geformuleerd vanuit de overheid na te leven" (Tummers et al., 2012, p.724). Deze beweegreden wordt onderzocht met behulp van de theorie rondom *bereidheid tot implementatie* en *regelformalisatie* (green tape theory). In de operationalisering van het conceptueel model worden beide indicatoren uitgewerkt.

Een belangrijke factor bij het implementeren van beleid is de bereidwilligheid of juist de weerstand van de medewerkers die dit beleid moeten naleven en uitdragen. Onder bereidheid om beleid uit te voeren oftewel 'willingness to implement' baseren Tummers en Bekkers (2014) zich op de definitie van Metselaar (1997, p.34) waarin beschreven staat dat indien medewerkers positief zijn over het aanbrengen van wijzigingen in bestaande organisatorische structuren, het werk en administratieve processen, dit resulteert in inspanningen van medewerkers die het verbeterproces ten goede komen. Kortom de bureaucrat stopt energie in de uitvoer van het beleid.

Onvoldoende of geen bereidwilligheid om beleid te implementeren ontstaat als professionals de bedoeling en de toegevoegde waarde ervan niet inzien, men ervaart het beleid als zinloos. Tummers (2011) benoemt tevens een duidelijke relatie tussen de

bereidwilligheid van de professional en client meaningless; indien men van mening is dat het beleid geen meerwaarde heeft voor de client is men minder bereid dit beleid uit te voeren.

Regelformalisatie

“Werken volgens de regels is een fundamentele taak voor medewerkers werkzaam binnen het publieke domein,” zo concluderen Borry et al. (2018, p.368).

Met behulp van de green tape theory, waarbij de effectiviteit van regels binnen organisaties centraal staat, wordt binnen dit onderzoek een koppeling tot stand gebracht tussen de literatuur over compliance en autonomie en de praktijk alwaar het navolgen van protocollen en interne procedures (aangeduid als ‘beleid,’ zie paragraaf 1.5) vast onderdeel vormt van de dagelijkse routine.

“Regels zijn de lijm die medewerkers binnen de publieke sector bindt met hun organisatie,” legt DeHart-Davis (2009, p.909) uit. Door regels op te stellen en toe te passen empoweren organisaties hun medewerkers, genereren ze rechtvaardigheid en vertrouwen en creëren ze begrip. Het is aan de medewerkers om uitvoering te geven aan de regels. Medewerkers hebben echter een oordeel over de werkzaamheden die ze verrichten zo ook over de regels die ze moeten navolgen, dit oordeel is van invloed op de wijze waarop en of men de regels wel of niet toepast.

De groei van het aantal regels, dikwijls tegengesteld aan elkaar, vraagt om een ‘match’ tussen de casus en de regelgeving en dit vereist autonomie (Maynard-Moody en Musheno, 2003).

Autonomie

Er bestaat directe interactie tussen street-level bureaucrats en burgers, men beschikt over een mate van autonomie bij de uitvoer van hun werkzaamheden (Lipsky, 1980, p.3). Autonomie is zelfs een voorwaarde voor street-level bureaucrats om hun werk naar behoren te kunnen doen aangezien de voorgeschreven werkwijzen niet altijd passend zijn bij een specifieke situaties, aldus Lipsky (1980).

“Autonomie genereert toegevoegde waarde voor de client,” aldus Tummers en Bekkers (2014, p.530). In geval van deze toegevoegde waarde, oftewel ‘client meaningfulness,’ is de street-level bureaucrat van mening dat men beleid uitvoert dat waarde oplevert voor een client. Tummers en Bekkers (2014, p.541) concluderen dat het toekennen van autonomie bij de uitvoer van beleid door street-level bureaucrats leidt tot een toename van meerwaarde voor de client aangezien er zorg op maat verstrekt kan worden. Het positieve effect dat autonomie heeft op de, door de street-level bureaucrat ervaren, toegevoegde waarde voor de client versterkt tevens de bereidheid om beleid uit te voeren oftewel ‘willingness to implement’ (Tummers & Bekkers, 2014, p.541). De autonomie is echter niet vrijblijvend, street-level bureaucrats worden, ondanks een bepaalde mate van vrijheid binnen hun werkzaamheden, geacht uitvoering te geven aan het beleid van de organisatie. Met name binnen de gezondheidszorg neemt het aantal regels waaraan men moet voldoen, de omvang aan van een “encyclopedie,” tevens is er sprake van constante aanpassingen van deze regels (Lipsky, 1980, p.14).

Afsluitend

Er bestaat een relatie tussen compliance aan beleid, oftewel het navolgen van regels, en meerwaarde voor de client doordat willekeur in het handelen van de street-level bureaucrat voorkomen wordt.

Een belangrijk onderdeel van compliance is de bereidheid om beleid te implementeren oftewel uit te voeren (willingness to implement). Indien bureaucrats positief zijn over

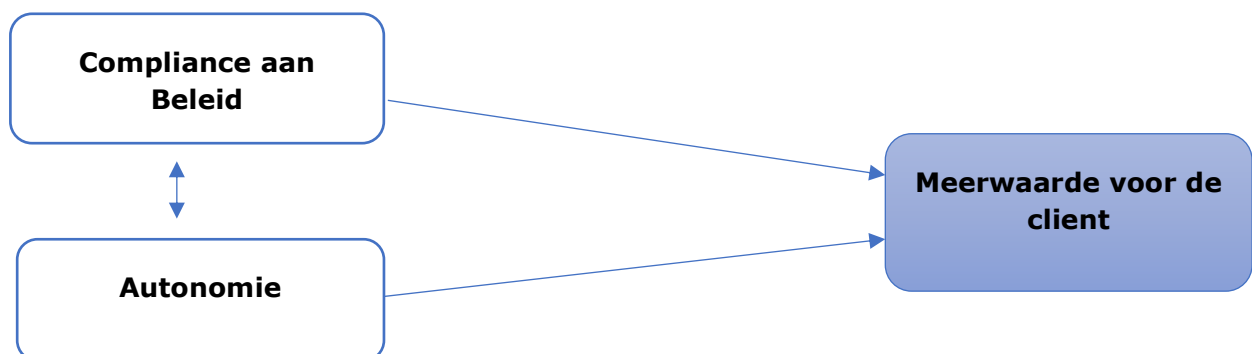
het te implementeren beleid en dit meerwaarde oplevert voor de client, is men meer bereid dit uit te voeren dan wanneer men geen meerwaarde ervaart. De wijze waarop de regels, oftewel beleid, worden vormgegeven is van invloed op de navolging ervan. Tegelijkertijd is de match tussen de regels en de wijze waarop je deze uitvoert van belang, dit vereist autonomie.

Er bestaat een relatie tussen autonomie en de meerwaarde ten aanzien van de client. Autonomie genereert, volgens Tummers en Bekkers (2014), toegevoegde waarde voor de client.

Tevens heeft autonomie een versterkend effect op de uitvoer van beleid (*willingness to implement*) welke onlosmakelijk verbonden is aan compliance aan beleid.

Uit bovenstaande mag afgeleid worden dat compliance aan beleid en autonomie van invloed zijn op de meerwaarde voor de client. De ervaren meerwaarde is als het ware *afhankelijk* van de wijze waarop beleid vormgegeven, opgevolgd en uitgevoerd wordt. De factoren compliance aan beleid en autonomie worden in dit onderzoek dan ook aangemerkt als *onafhankelijke* variabelen.

Onderzocht wordt hoe de onafhankelijke variabelen van invloed zijn op de afhankelijke variabele; dit leidt tot het volgende conceptueel model:



Afbeelding 5 Schematische weergave conceptueel model

Het conceptueel model leidt tot een aantal verwachtingen die met behulp van empirisch onderzoek getoetst zullen worden;

Verwachting 1:

Het naleven van beleid ontstaat wanneer er *bereidheid* is onder de verzorgende van HWW zorg *om uitvoer te geven* hieraan, dit leidt tot meerwaarde voor de client met betrekking tot persoonsgerichte zorg.

Verwachting 2:

De wijze *waarop* beleid is geformuleerd is van invloed op naleving ervan door de verzorgenden binnen HWW zorg, dit leidt tot meerwaarde voor de client met betrekking tot persoonsgerichte zorg.

Verwachting 3:

Indien verzorgenden binnen HWW zorg autonomie ervaren bij het toepassen van beleid leidt dit tot meerwaarde voor de client met betrekking tot persoonsgerichte zorg.

Verwachting 4:

Compliance aan beleid en autonomie zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar. Indien er sprake is van een match tussen deze factoren dan leidt dit tot meerwaarde voor de client met betrekking tot persoonsgerichte zorg.

§ 3.2 OPERATIONALISERING

In deze paragraaf worden de theoretische begrippen zoals opgenomen in het conceptueel model omgezet in meetbare indicatoren.

De begrippen worden ook wel variabelen genoemd, in dit geval is de ervaren *meerwaarde voor de client* de afhankelijke variabele. De begrippen *compliance aan beleid* en *autonomie* zijn onafhankelijke variabelen die van invloed zijn op de ervaren meerwaarde voor de client. De variabelen worden omschreven met behulp van de theorie zoals beschreven in hoofdstuk 2. Definities die de onderzoeker heeft gevonden in bestaande literatuur worden indien gewenst aangepast aan het eigen onderzoek; de zogenoemde stipulatieve definitie (Verschuren & Doorewaard, 2015). Vervolgens worden de variabelen meetbaar, oftewel zintuigelijk waarneembaar (Verschuren & Doorewaard, 2015), gemaakt door het beschrijven van indicatoren.

De beschrijving van de begrippen zijn afgeleid van de in de literatuur beschreven theorie, en vormen het uitgangspunt voor de omschrijving(en) binnen de operationalisatie;

Compliance aan beleid

Compliance aan beleid betekent het naleven van beleid waarbij medewerkers het organisatiebeleid opvolgen zoals beschreven (Anderson & Johnson, 2005).

En "rule compliance is de beweegreden van een persoon of hij/zij zich verplicht voelt om regels geformuleerd vanuit de overheid na te leven" (Tummers et al., 2012, p.724).

Non-compliance komt voort uit de discrepantie tussen autonomie en het navolgen van voorgeschreven regels vooruitkomend uit beleid, dit wringt en kan leiden tot situaties waarbij de bureaucrat zich niet conformeert aan voorgeschreven beleid en de doelstellingen van de organisatie (Lipsky, 1980).

Bereidheid tot implementatie

De professional toont bereidheid om beleid uit te voeren (Tummers & Bekkers, 2014). Medewerkers zijn positief over het aanbrengen van wijzigingen in bestaande organisatorische structuren, het werk en administratieve processen, dit resulteert in inspanningen van medewerkers die het verbeterproces ten goede komen (Metselaar, 1997, p.34).

Onvoldoende of geen bereidwilligheid om beleid te implementeren ontstaat als professionals de bedoeling en de toegevoegde waarde ervan niet inzien, men ervaart het beleid als zinloos (Tummers et al., 2012, p.719).

Maatschappelijke zinloosheid (societal meaninglessness) blijkt van meeste invloed te zijn op de bereidheid tot wel/geen implementatie van het beleid (Tummers et al., 2012).

Professionals staan niet onwillig ten aanzien van maatschappelijke doelen zoals transparantie of het verbeteren van de keuzevrijheid van de client, maar wanneer men

van mening is dat het beleid niet bijdraagt aan deze doelen is men amper bereid dit uit te voeren (Tummers et al., 2012).

Binnen de *organisatorische context* zijn drie aspecten van invloed op het implementatieproces waaronder de wijze waarop directe collega's het beleid kwalificeren. Hoe positiever directe collega's zijn over het beleid hoe meer de professional zich wil inspannen om uitvoer te geven aan het beleid (Tummers et al., 2012).

Tevens is de *persoonlijkheid* van de professional op de mate van bereidwilligheid ten aanzien van het in te voeren beleid onderzocht namelijk:

1. opstandigheid (*rebelliousness*)- de neiging van de professional om iets als een bedreiging van haar/zijn vrijheid te zien
2. volgzzaam – de professional heeft de overtuiging dat beleid nageleefd dient te worden (*rule compliance*).

Geconcludeerd werd dat opstandige professionals minder geneigd zijn om beleid te implementeren ongeacht de inhoud ervan of de organisatorische context (Tummers et al. 2012).

Regelformalisatie

Regels die een optimale mate van controle bevatten vragen om vertrouwen in de medewerker tijdens de uitvoer ervan. De medewerker ervaart bewegingsruimte tijdens de uitvoering en dit bevordert het commitment van de medewerker om beoogde doelstellingen te behalen (DeHart-Davis, 2009).

Regels met een duidelijk doel worden meer geaccepteerd en als minder belastend ervaren ten opzichte van regels waarbij de bedoeling ervan onduidelijk is. Wanneer het doel van de regel onduidelijk is kunnen de werkzaamheden die hieruit voort komen als zinloos worden ervaren en als gevolg daarvan kunnen medewerkers emotionele afstand voelen ten opzichte van hun werkzaamheden. Dit zou vervolgens kunnen leiden tot verwijdering ten aanzien van de te volgen regels (DeHart-Davis, 2009).

Het vastleggen van regels draagt bij aan het bekrachtigen van de legitimiteit ervan. Het geeft medewerkers iets om op terug te vallen en met behulp van de vastgestelde regels kan men de ander laten zien dat men werkzaamheden niet verzonnen heeft of gebruikt om bijvoorbeeld een ander dwars te zitten (DeHart-Davis, 2009).

De regels dienen bruikbaar te zijn en op logische, rationele wijze aan te sluiten bij de werkzaamheden van de medewerker. Is dit niet het geval dan bestaat de kans dat de medewerker zelfstandig de regel gaat aanpassen en op deze wijze bruikbaar wordt gemaakt (DeHart-Davis, 2009).

Autonomie

Street-level bureaucraten hebben veel vrijheid om de aard, aantal en de kwaliteit van de voordelen en sancties te bepalen ten aanzien van hun cliënten (Lipsky, 1980, p.13).

Autonomie genereert toegevoegde waarde voor de client, aldus Tummers en Bekkers (2014, p.530). In geval van deze toegevoegde waarde, oftewel 'client meaningfulness,' is de street-level bureaucrat van mening dat men beleid uitvoert dat waarde oplevert voor een client. Tummers en Bekkers (2014, p.541) concluderen dat het toekennen van autonomie bij de uitvoer van beleid door street-level bureaucraten leidt tot een toename

van client meaningfulness aangezien er zorg op maat verstrekt kan worden. Het positieve effect dat autonomie heeft op de, door de street-level bureaucrat ervaren, toegevoegde waarde voor de client versterkt tevens de bereidheid om beleid uit te voeren oftewel 'willingness to implement' (Tummers & Bekkers, 2014, p.541).

Bureaucrats laten zich, bij het toepassen van regels en procedures, leiden door hun oordeel over het karakter of identiteit van degene [burger, client] die ze voor zich hebben (Maynard-Moody & Musheno, 2003).

Vanuit een bottom-up perspectief, dus vanuit het oogpunt van de professional, wordt autonomie ervaren als een onmisbare factor die behulpzaam is bij de uitvoer geven van vastgesteld beleid in specifieke situaties (Tummers & Bekkers, 2014).

Meerwaarde voor de client

In geval van deze toegevoegde waarde, oftewel 'client meaningfulness,' is de street-level bureaucrat van mening dat men beleid uitvoert dat waarde oplevert voor een client. (Tummers & Bekker, 2014, p.541).

Onafhankelijke Variabelen	Omschrijving	Indicator
Compliance aan beleid	De professionals voelen zich verplicht het beleid zoals geformuleerd vanuit de organisatie na te leven.	De verzorgende weet wat er van hem/haar verwacht wordt met betrekking tot het naleven van beleid. De verzorgende weet wat er met beleid ten aanzien van persoonsgerichte zorg bedoeld wordt.
<i>1. Bereidheid tot implementatie</i>	De professional is bereid om beleid uit te voeren en is positief over het aanbrengen van wijzigingen in het werk en administratieve processen, dit resulteert in inspanningen van de professional die het verbeterproces ten goede komen. De professional her- en erkent de bedoeling en de toegevoegde waarde van het in te voeren beleid. De mening van collega's over het te implementeren beleid is van invloed op de veranderbereid van de professional. De persoonlijkheid van de professional is van invloed op de mate van bereidwilligheid ten aanzien van het in te voeren beleid.	De verzorgende maakt bewust tijd vrij om het beleid op de juiste wijze ten uitvoer te brengen. De verzorgende probeert collega's te overtuigen van het belang om gebruik te maken van het beleid. De verzorgende ervaart dat het beleid duidelijkheid oplevert, het geeft richting aan de (zorg)doelen die behaald moeten worden. Positieve feedback over het in te voeren beleid heeft een versterkende werking op de bereidheid van de verzorgende het beleid toe te passen. De verzorgende kwalificeert zichzelf als opstandig of juist volgzaam t.a.v. het uit te voeren beleid.
<i>2. Regelformalisatie</i>	Regels die een optimale mate van controle bevatten vragen om vertrouwen in de medewerker tijdens de uitvoer ervan.	De verzorgende ervaart de regels niet als geheel vrijblijvend maar ervaart daarentegen ook geen hoge mate van controle waardoor hij/zij zich belemmert voelt bij de uitvoer van werkzaamheden.

	<p>De professional is van mening dat het vastleggen van regels bijdraagt aan de legitimiteit ervan.</p> <p>De professional is van mening dat de regels bruikbaar zijn en op logische, rationele wijze aansluiten bij de werkzaamheden van de medewerker.</p>	<p>De verzorgende ervaart dat alleen ter zake doende regels op schrift zijn gesteld. Deze zijn toepasbaar en passend bij de situatie.</p> <p>De verzorgende ervaart meer houvast aan regels die op schrift zijn gesteld.</p> <p>De regels sluiten aan op de, in de praktijk, uit te voeren (zorg)activiteiten.</p> <p>De wijze waarop de regels beschreven zijn sluit aan bij het werk- en denkniveau van de verzorgende.</p>
Autonomie	<p>De professional ervaart de vrijheid om keuzes te maken ten aanzien van het type, aantal en de kwaliteit van activiteiten die hij/zij verricht bij de uitvoer van persoonsgerichte zorgen waardoor deze het gevoel heeft dat men het beleid kan uitvoeren zoals men dat wenst te doen.</p> <p>Bij de uitvoer van beleid laat de professional zich leiden door haar/zijn oordeel over het karakter of identiteit van degene [burger, client] die ze voor zich hebben.</p> <p>Vanuit een bottom-up perspectief, dus vanuit het oogpunt van de professional, wordt autonomie ervaren als een onmisbare factor die behulpzaam is bij de uitvoer geven van vastgesteld beleid in specifieke situaties.</p>	<p><i>Type & Aantal</i> De verzorgende ervaart de vrijheid om een keuze te maken uit het aanbod van regels en procedures; er bestaat geen verplichting het totaal aan beschikbaar beleid rondom persoonsgerichte zorg toe te passen.</p> <p><i>Kwaliteit</i> De verzorgende ervaart de vrijheid om zelfstandig een afweging te maken op welke wijze hij/zij het beleid toepast zodat de verzorgende dit aan kan laten sluiten bij de behoeften en wensen van de client; er is sprake van zorg op maat.</p> <p>Bij het toepassen van beleid laat de verzorgende zich leiden door de persoonlijkheid van de client.</p> <p>De verzorgende ervaart bewegingsvrijheid met betrekking tot het uitvoer geven van persoonsgerichte zorg als een onmisbare factor.</p>

Afhankelijke variabele	Omschrijving	Indicator
Meerwaarde voor de client (client meaningfulness)	De professional is van mening dat men beleid uitvoert dat toegevoegde waarde oplevert voor een client.	<p>De verzorgende is van mening dat het beleid behulpzaam is bij het verminderen/stabiliseren van fysieke of mentale problemen van de client.</p> <p>De verzorgende is van mening dat het beleid behulpzaam is bij het optimaliseren van het welbevinden van de client.</p> <p>De verzorgende is van mening dat het beleid hem/haar helpt om efficiënter te kunnen werken dan zonder beleid.</p>

Afbeelding 6 Operationalisering conceptueel model

§ 3.3 STRATEGIE & METHODEN

Om de deelvragen, en uiteindelijk de centrale vraag, te kunnen beantwoorden wordt informatie verzameld via theoretisch- en empirisch onderzoek.

Allereerst heeft een literatuurstudie plaatsgevonden waarbij gezocht is naar theorieën met betrekking tot de onderwerpen autonomie en compliance aan beleid. Tevens wordt met behulp van documentanalyse inzicht verkregen in de wijze waarop HWW zorg persoonsgerichte zorg heeft doorgevoerd in haar beleid. Door middel van het uitvoeren van interviews wordt empirisch onderzoek uitgevoerd.

In paragraaf 3.3.1 zal met behulp van een plan van aanpak inzicht worden gegeven op welke manier de deelvragen worden beantwoord, hoe het empirisch onderzoek wordt uitgevoerd en wat er zal worden gedaan met de gevonden data om uiteindelijk antwoord te kunnen geven op de centrale vraagstelling.

§ 3.3.1 PLAN VAN AANPAK

De centrale vraagstelling luidt:

Vraagstelling: *Wat is de invloed van compliance en autonomie op het creëren van meerwaarde voor de client met betrekking tot persoonsgerichte zorg volgens zorgmedewerkers binnen de verpleeghuizen van HWW zorg.*

Deelvragen

Theoretische deelvragen:

- 1) Wat wordt in de literatuur verstaan onder compliance aan beleid ?
- 2) Wat wordt in de literatuur verstaan onder autonomie?

Deelvragen 1 en 2 worden beantwoord door het beschrijven van de theorie in hoofdstuk 2.

Empirische deelvragen:

- 3) Hoe is het beleid met betrekking tot persoonsgerichte zorg binnen HWW zorg vorm gegeven?
- 4) In hoeverre zijn de zorgmedewerkers van HWW zorg compliant aan beleid met betrekking tot persoonsgerichte zorg?
- 5) Op welke wijze geven zorgmedewerkers van HWW zorg invulling aan het begrip autonomie met betrekking tot persoonsgerichte zorg?'
- 6) Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden aan het bestuur van HWW zorg om de uitvoer van persoonsgerichte zorg door zorgmedewerkers te optimaliseren?

Deelvraag 3 zal worden beantwoord met behulp van een documentanalyse.

Deelvragen 4 en 5 zullen worden beantwoord met behulp van het uitvoeren van interviews met verzorgenden.

Deelvraag 6 wordt beantwoord met behulp van de theorie, de resultaten van de documentanalyse en de resultaten voortkomend uit de interviews.

§ 3.3.2 TYPE ONDERZOEK

Het type onderzoek bestaat uit drie onderdelen namelijk een literatuurstudie, documentanalyse en interviews.

De literatuur staat beschreven in hoofdstuk 2. Met behulp van deskresearch wordt een zogenaamde inhoudsanalyse, oftewel documentanalyse, uitgevoerd waarbij de inhoud van bestaand materiaal bestudeerd wordt (van Thiel, 2015) bijvoorbeeld protocollen, interne werkwijzen, beleidsdocumenten maar ook landelijke richtlijnen die HWW zorg hanteert.

Tevens worden er semigestructureerde interviews uitgevoerd. Doel van de interviews is het verrijken en verdiepen van feitelijke informatie aan de hand waarvan verschillende perspectieven op processen gereconstrueerd kunnen worden. Aanvullend hierop bieden de interviews de mogelijkheid om feiten te controleren of complementeren (van Thiel, 2015).

De interviews worden uitgevoerd aan de hand van een topic-lijst. In deze lijst staan een aantal van te voren geformuleerde vragen beschreven die gesteld zullen worden aan de respondenten (van Thiel, 2015).

De vragen zijn afgeleid van een vragenlijst opgesteld door Tummers en Bekkers (2014). Tevens zijn nog een aantal, op de indicatoren en organisatie van toepassing zijnde, vragen toegevoegd aan de lijst. De vragen sluiten aan bij de taal die gehanteerd wordt door de verzorgenden. Moeilijke woorden zoals 'beleid,' en 'autonomie' worden uitgelegd in makkelijke bewoordingen zoals 'werkwijzen, interne procedures en protocollen' en 'vrijheid van handelen.'

§ 3.4 KWALITEITSINDICATOREN

De wijze *hoe* en op *welke manier* het onderzoek wordt uitgevoerd zijn zeer bepalend voor de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

De betrouwbaarheid wordt bepaald door enerzijds de nauwkeurigheid en anderzijds de consistentie waarmee de variabelen worden gemeten (van Thiel, 2015). De validiteit wordt bepaald aan de hand van interne en externe validiteit. Bij interne validiteit gaat het om de vraag of er daadwerkelijk gemeten is wat men wilde meten. Het proces van operationalisatie en het leggen van de juiste verbanden (causaliteit) tussen de afhankelijke en onafhankelijke variabelen speelt hierbij een belangrijke rol. De externe validiteit heeft betrekking op de generaliseerbaarheid van het onderzoek, met andere woorden, zijn dezelfde resultaten ook van toepassing op andere personen of organisaties? (van Thiel, 2015).

Doordat het onderzoek uit drie onderdelen bestaat, namelijk de literatuurstudie, documentanalyse en interviews, is er sprake van een zogenaamde driehoeksmeting of triangulatie. Er wordt op diverse wijze informatie verzameld en getoetst, dit bevordert de betrouwbaarheid en validiteit (van Thiel, 2015).

§ 3.4.1 BETROUWBAARHEID

Om de betrouwbaarheid te vergroten worden er verschillende maatregelen toegepast, zo zijn er per variabele indicatoren opgesteld.

Tijdens de semigestructureerde interviews wordt gewerkt met een van te voren opgestelde topic-lijst. Deze lijst bevat, onder andere, vragen die reeds in de literatuur beschreven staan. Er wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van een vragenlijst van Tummers en Bekkers (2014) waarin de onderwerpen autonomie, veranderbereidheid en

waarde voor de client uitgangspunt vormen. Gedurende het interview wordt, zoveel als mogelijk, het stellen van sturende en suggestieve vragen vermeden. Ook worden de vragen dusdanig geformuleerd dat deze aansluiten bij de dagelijkse praktijk van de verzorgenden waardoor de vraag beter begrepen en dus nauwkeuriger beantwoord kan worden. Zo wordt een moeilijk woorden zoals 'beleid' vermeden en is vertaald in 'werkwijze, interne procedure of protocol,' deze begrippen sluiten aan bij de spreektaal die door de respondenten gehanteerd wordt.

Tevens wordt het interview gebruikt om feiten/conclusies die voortkomen uit de documentanalyse te verifiëren.

De interviews worden opgenomen en getranscribeerd, vervolgens vindt codering van de tekst plaats.

§ 3.4.2 VALIDITEIT

Het toepassen van diverse maatregelen vergroot de interne- en externe validiteit van het onderzoek.

De interne validiteit wordt versterkt door indicatoren die voortkomen uit de variabelen verwerkt zijn in een vooraf opgestelde topic-lijst ten behoeve van het interview. Op deze manier ontstaat er causaliteit tussen variabele, indicator en resultaat.

Er vindt van te voren een selectie plaats van de te interviewen medewerkers. Aan de locatiemanager wordt gevraagd medewerkers te selecteren die:

- minimaal 2 jaar binnen de locatie werkzaam zijn en zodoende in staat mogen worden geacht om kennis te hebben van het voorgeschreven beleid
- het leuk/interessant vinden om mee te werken aan een interview en daardoor open staan voor het beantwoorden van vragen

Door, voorafgaand aan het interview, te benadrukken dat de resultaten geanonimiseerd worden, wordt het geven van sociaal wenselijke antwoorden deels voorkomen.

Aangezien de interviews worden uitgevoerd door een 'collega van het hoofdkantoor' kan echter deze sociale wenselijkheid niet volledig uitgesloten worden.

Dit feit doet tevens enige afbreuk aan de validiteit. Anderzijds wordt de validiteit juist vergroot doordat de onderzoeker gerichte en duidelijke vragen kan stellen aangezien de context waarbinnen de respondenten werkzaam zijn reeds bekend is.

De externe validiteit wordt bevorderd doordat er gebruikt gemaakt wordt van een bestaande vragenlijst (Tummers & Bekkers, 2014). In eerder onderzoek, in 2011, heeft Tummers reeds gebruik gemaakt van deze vragenlijst.

Tevens wordt de validiteit zoveel mogelijk versterkt door enerzijds een autonome groep van respondenten te interviewen, namelijk verzorgenden die allen werkzaam zijn binnen een verpleeghuissetting, maar anderzijds spreiding aan te brengen doordat de respondenten werkzaam zijn binnen vijf verschillende locaties.

HOOFDSTUK 4 DOCUMENTANALYSE

In dit hoofdstuk wordt met behulp van een documentanalyse inzicht verkregen in de wijze waarop HWW zorg het begrip persoonsgerichte zorg heeft vertaald in beleid zoals interne procedures en protocollen. De resultaten geven antwoord op deelvraag 3 'Hoe is het beleid met betrekking tot persoonsgerichte zorg binnen HWW zorg vorm gegeven?' Tevens is inzicht in beleid van belang want door dit te toetsen aan de praktijk, via het afnemen van interviews, is het mogelijk conclusies te trekken over de relatie tussen beleid en navolging daarvan door verzorgenden.

In paragraaf 4.1 is door middel van een inventarisatie weergegeven welke (landelijke) richtlijnen, rondom het thema persoonsgerichte zorg, van invloed zijn op beleidsvorming binnen HWW zorg. Tevens wordt beschreven op welke manier persoonsgerichte zorg binnen de organisatie is vertaald in beleid.

Uiteindelijk volgt in paragraaf 4.1.1 een beknopte toelichting waarin beschreven wordt of een externe partij het document heeft uitgewerkt of dat het een intern fabricaat betreft.

§ 4.1 DOCUMENTANALYSE

In paragraaf 1.1.2 staat reeds beschreven dat de organisatie gebonden is aan diverse wet- en regelgeving. Deze wetten zijn, in meer of mindere mate, vertaald in beleid zoals kaders, richtlijnen en protocollen die sturing geven aan de dagelijks uitvoer van zorgverlening. Zorgaanbieders conformeren zich aan deze wet- en regelgeving via het afsluiten van contracten met financiers van de zorg zoals Zorgkantoor (uitvoeringsorgaan van de WLZ), Gemeenten en Zorgverzekeraars.

Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (2017) betreft een landelijk kader en vormt binnen de VVT sector, zo ook HWW zorg, een belangrijke leidraad voor het invulling geven aan persoonsgerichte zorg.

Binnen het kader worden vier thema's onderscheiden namelijk:

1. compassie – client ervaart, onder andere, nabijheid en vertrouwen
2. uniek zijn – client wordt gezien als een eigen identiteit
3. autonomie – client heeft mogelijkheid van eigen regie en welbevinden
4. zorgdoelen – iedere client heeft vastgelegde afspraken

De vier thema's zijn richtinggevend voor zorgverleners en zorginstellingen worden geacht "aantoonbaar invulling te geven aan deze thema's en dit zichtbaar te maken in kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag" (Zorginstituut Nederland, 2017, p.10).

Daarnaast dient binnen organisaties maatwerk te worden toegepast bij een persoonsgerichte benadering, waarbij *vakbekwaamheid* en *lerend vermogen* twee belangrijke voorwaarden zijn, aldus het Zorginstituut (2017).

In het document wordt, onder andere, beschreven wat er van een zorgverlener verwacht mag worden bij het uitvoer geven aan persoonsgerichte zorgverlening zoals:

- De zorgverlener beschikt over een breed repertoire aan *communicatieve en sociale vaardigheden* en beschikt over de *juiste kennis en vaardigheden op het gebied van de zorg* die hij/zij levert.

- De zorgverlener kan bij het volgen van professionele richtlijnen en standaarden een *goede afweging* maken in het licht van de persoonlijke situatie en wensen van de client.
- De zorgverleners *werken individueel en multidisciplinair samen met een actueel zorgleefplan* dat ook daadwerkelijk verbinding houdt met de uitvoering van zorg.
- Zorgverleners hebben *inzicht in de situatie van de client en inzicht in het zorg- en behandelproces* rondom de client. Men werkt hierbij samen als een *multidisciplinair team*.

Ook worden er concrete eisen gesteld bijvoorbeeld dat er binnen 24 uur zaken zoals medicatie en primaire hulpvraag zijn vastgelegd in een concept zorgleefplan en medisch plan (Zorginstituut Nederland, 2017, p.33 & p.34).

Protocollen

De wijze waarop zorgmedewerkers specifieke handelingen dienen uit te voeren staan beschreven in de zogenaamde 'KICK protocollen.' Deze protocollen worden afgenomen bij Vilans, een landelijke kennisorganisatie voor langdurende zorg. Deze organisatie beheert een databank met ruim 500 protocollen voor voorbehouden, risicovolle en overige handelingen. De protocollen worden geactualiseerd op basis van onderzoeksresultaten, nieuwe richtlijnen, wet- en regelgeving en reacties van gebruikers (website Vilans, z.j.). Enkele voorbeelden van protocollen zijn:

- helpen bij de maaltijd op bed of aan tafel
- bloeddruk opmeten
- dubbel controle medicijnen
- zuurstof toedienen

In de werkinstructies staat naast de handeling beschreven, wat op welk moment aan de client gevraagd kan worden, in het protocol 'helpen bij maaltijd' staat bijvoorbeeld beschreven; "stem de hulp die je geeft af met de client wat betreft wijze, tempo en hoeveelheid" (website Vilans, z.j.).

Overzicht interne documentatie HWW zorg met een link naar persoonsgerichte zorg

1. In de *visie* van HWW zorg staat, onder andere, vanuit client- en medewerker perspectief beschreven wat de succesfactoren zijn en de wijze waarop deze gemeten worden;

Clientperspectief:

- *Cliënten in hun kracht houden en zetten.*
Beschreven wordt dat cliënten gestimuleerd worden zo lang mogelijk zelfstandig te blijven en uit te gaan van wat ze wel kunnen en niet alleen van wat ze niet (meer) kunnen.
De resultaten worden gemeten aan de hand van concrete afspraken in het individuele zorgplan over participatie.
- *Actief zoeken naar echte behoefte van de client en individuele oplossingen aanleveren.*
'Oprecht en actief luisteren' en de 'werkelijke behoeftes leren kennen en begrijpen' zijn begrippen die gebruikt worden bij deze succesfactor.

Medewerker perspectief:

- *Eigen verantwoordelijkheid en aanspreekbaar op resultaat.*
Beschreven wordt dat de eigen verantwoordelijkheid alleen kan bestaan in combinatie met heldere kaders en resultaatgerichte afspraken.
- *Continu ontwikkelde en flexibele medewerkers met daarvoor effectieve ondersteuning.*
Het is volgens HWW zorg noodzakelijk dat medewerkers continu ontwikkelen om aan de veranderde maatschappelijke verwachtingen, de veranderde vragen van cliënten en ontwikkelingen in de samenleving te blijven voldoen (HWW zorg, 2015).

2. November 2019 is de *visie op persoonsgerichte zorg* geformaliseerd.

In dit document staat beschreven wat onder persoonsgerichte zorg verstaan wordt en hoe deze tot stand komt.

Benadrukt wordt dat de mens centraal staat en niet zijn/haar aandoening of beperking. Ook is er de noodzaak om in gesprek te blijven met de client en zijn/haar naasten. Tevens wordt gesteld dat een team dat goed samenwerkt van enorme meerwaarde is voor persoonsgerichte zorg.

Toegelicht wordt dat binnen HWW zorg gewerkt wordt vanuit de visie en denkbeelden van Kitwood (Tom Kitwood wordt aangemerkt als *de* grondlegger van persoonsgerichte zorg).

In het document worden enkele succesfactoren benoemd zoals:

- persoonsgerichte zorg betekent zoveel mogelijk in dienst staan van de client
- persoonsgerichte zorg is niet alleen wat in het zorgdossier staat
- leiderschap is belangrijk

Ook komen enkele dilemma's aan bod zoals voldoende en gekwalificeerd personeel waarin verwezen wordt naar de krappe arbeidsmarkt en verzuim (HWW zorg, 2019).

3. In de *flyer persoonsgerichte zorg* staat beknopt de vier thema's beschreven die onderdeel uitmaken van persoonsgerichte zorg zoals 'uniek zijn' en het belang van het 'vastleggen van afspraken.' Tevens staat er bij elk thema een aantal voorbeelden benoemd en wordt voor het vastleggen van afspraken verwezen naar het zorgdossier van de client (HWW zorg, 2018).

4. Binnen HWW zorg wordt gewerkt met een elektronisch zorgdossier (ECD). Het invullen van- en samenhang creëren tussen verschillende onderdelen van het zorgdossier wordt binnen de organisatie *methodisch werken* genoemd.

In de toelichting waarbij stap voor stap wordt uitgelegd op welke wijze het zorgdossier gevuld dient te worden met clientinformatie, wordt aandacht gegeven aan het belang van persoonsgerichte zorg. Zo staat er, onder andere, beschreven dat methodisch werken en persoonsgerichte zorg onlosmakelijk verbonden zijn aan elkaar. Het uitgangspunt bij het uitwerken van het zorgdossier zijn de voorkeuren, vragen, behoeften of doelen van de client. Bij het vaststellen van doelen wordt beschreven dat er niet alleen aandacht dient te zijn voor de wensen en mogelijkheden van de client maar dat er ook rekening gehouden dient te worden met de professionele deskundigheid van degene die uitvoer dient te geven aan het doel (HWW zorg, 2019).

Het ECD is opgebouwd uit verschillende onderdelen waaronder het zorgplan en de zogenaamde 'levensloop' en 'leefroute.' In het zorgplan staan de zorg- en

behandeldoelen beschreven. In het format levensloop wordt de voorgeschiedenis van de client uitgewerkt inclusief gewoonten, behoeften en wensen. In de leefroute vindt een praktische en actuele vertaling plaats van doelen, gewoonten, behoeften en wensen, zoals de aanspreekvorm, datgene waarbij een client zich veilig voelt en het dag/nachtritme. De leefroute is richtinggevend aan de uitvoer in de dagelijkse praktijk.

5. Divers

Binnen HWW zorg heeft een psycholoog een *klinische les* ontwikkeld genaamd 'De mens centraal, persoonsgerichte zorg' (2019). De les is gericht op zorgmedewerkers en is toegelicht tijdens een bijeenkomst binnen de locatie waar de psycholoog werkzaam is. Een extern ingehuurd coach heeft op twee locaties van HWW zorg een *workshop* persoonsgerichte zorg aangeboden aan zorgmedewerkers.

Aan alle medewerkers binnen de locaties is een *hospitality training* aangeboden. Onder de noemer 'Givability' wordt een gastvrije cultuur beoogd. Voor mensen klaar staan, elkaar helpen, verantwoordelijkheid nemen en actief samenwerken zijn de speerpunten van deze training.

§ 4.1.1 OVERZICHT EN TOEGANKELIJKHEID DOCUMENTATIE

In deze paragraaf worden bovenstaande resultaten schematisch weergegeven. Door middel van pijlen wordt aangegeven of de documenten in relatie staan met elkaar. Bij het in kaart brengen van deze relatie is gelet op twee elementen:

- staat er een verwijzing in het document naar één van de hierboven genoemde documenten waardoor deze met elkaar in relatie staan
- wordt dezelfde taal gesproken in de documenten, hierbij vormen de vier thema's zoals benoemd bij paragraaf 4.1 het uitgangspunt namelijk; compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen.



Afbeelding 8 Schematische weergave relatie documenten

HOOFDSTUK 5 RESULTATEN KWALITATIEF ONDERZOEK

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het kwalitatief onderzoek beschreven. Om vanuit verschillende perspectieven de centrale vraagstelling te benaderen zijn een documentanalyse en interviews onder verzorgenden uitgevoerd. Tevens is de bestuurder van HWW zorg geïnterviewd. Nog voordat hij op de hoogte was van de onderzoeksresultaten zijn hem een aantal vragen voorgelegd. De respons op deze vragen wordt toegelicht in paragraaf 5.1. De wijze waarop de interviews zijn uitgevoerd en bewerkt in bruikbare tekst staat beschreven in paragraaf 5.2.

In paragraaf 5.3 worden de resultaten voortkomend uit de interviews beschreven. Deze resultaten geven uiteindelijk antwoord op deelvraag 4; 'In hoeverre zijn de zorgmedewerkers van HWW zorg compliant aan beleid met betrekking tot persoonsgerichte zorg? Als ook op deelvraag 5; 'Op welke wijze geven zorgmedewerkers van HWW zorg invulling aan het beleid met betrekking tot persoonsgerichte zorg?' In paragraaf 5.4 worden de tussentijdse bevindingen puntsgewijs beschreven. Ter afsluiting van het hoofdstuk worden in paragraaf 5.5 de eerder beschreven verwachtingen geëvalueerd aan de hand van de bevindingen.

§ 5.1 INTERVIEW BESTUURDER HWW ZORG

In paragraaf 1.1.1 wordt beschreven dat het bestuur van HWW zorg van mening is dat 'de missie en visie waarin de cliënt centraal staat onvoldoende tot uiting komt binnen de verpleeghuizen van de organisatie' en 'medewerkers weliswaar goed zijn opgeleid maar de huidige standaarden en normen die medewerkers hanteren niet voldoende passend zijn bij een client georiënteerde cultuur.' Om deze uitspraken verder uit te diepen heeft november 2019 een gesprek plaatsgevonden met één van de twee bestuurders. Tijdens dit interview is de bestuurder een toelichting gevraagd op bovenstaande uitspraken waarbij de kernbegrippen uit de centrale vraagstelling richtinggevend waren, namelijk

- persoonsgerichte zorg
- compliance
- autonomie [bezien vanuit de client]
- meerwaarde voor de client

Een verslag van het gesprek is opgenomen in bijlage 1. Een beknopte samenvatting is hieronder beschreven;

Voor de bestuurder betekent persoonsgerichte zorg "zorg die als je oud bent wenst te ontvangen." Het is belangrijk dat medewerkers in gesprek gaan met de client om te achterhalen wat nu werkelijk de vraag of wens is. Daarnaast moeten cliënten zich ook vertrouwd voelen bij een medewerker, dit kan worden bereikt door oprecht en actief te luisteren, kennis te hebben van de voorgeschiedenis en weten welke zorg dagelijks verstrekt wordt.

Weten wat het betekent om oud te zijn en het besef dat medewerkers te gast zijn bij de client, kunnen behulpzaam zijn bij het uitvoeren van persoonsgerichte zorg.

Beleid ziet de bestuurder als "een gestold iets." Over het naleven van beleid verteld hij dat medewerkers moeten weten dat er bijvoorbeeld protocollen zijn. Hier dient men kennis van te nemen. Indien men kennis niet regelmatig ververst baseert men zich op oude vaardigheden en dat heeft als consequentie dat de organisatie niet meebeweegt, "We werken daardoor niet volgens de laatste inzichten en raken de verbinding kwijt met de huidige realiteit," aldus de bestuurder. Medewerkers raken dan "losgeslagen" van de

inhoud van hun vak.

Op het niveau van verzorgenden is, volgens de bestuurder, de "instruerende stijl" passend om kennis over te brengen; "we verwachten van jou dat je dit en dit doet op die manier." Het taalgebruik om medewerkers te instrueren moet aansluiten bij deze doelgroep.

Autonomie betekent voor de bestuurder "ongeschreven regels en vrijheid." Je moet wel "scharrelruimte hebben om je eigen keuzes te kunnen maken."

Op de vraag wat autonomie en compliance zouden moeten opleveren voor de client antwoordt de bestuurder dat "het ultieme doel is dat cliënten tevreden zijn over de zorg die ze ontvangen, en dat ze zich zo gelukkig mogelijk voelen." Voorwaarde hiervoor is dat de medewerkers ervoor zorgen dat een client zich thuis en begrepen voelt binnen een "liefdevolle omgeving."

De toename van complexiteit van zorgverlening leidt er volgens de bestuurder toe dat het lastiger zal worden om persoonsgerichte zorg op de juiste wijze toe te passen. Uit de praktijk blijkt dat met name familie steeds veeleisender wordt als het op zorg op maat aankomt. Medewerkers moeten dus nog beter zoeken naar aspecten die de client en het cliëntsysteem het gevoel geven dat de zorgverlening goed verloopt. Dit houdt in dat medewerkers beter moeten "meebewegen." Sensitiviteit onder medewerkers is dan ook een voorwaarde. De bestuurder uit zijn zorgen of verzorgenden in staat zijn om te voldoen aan de hoge eisen rondom sensitiviteit.

§ 5.2 TOELICHTING INTERVIEW EN CODERING

Het doel van de interviews is het verrijken en verdiepen van de feitelijke informatie zoals weergegeven in hoofdstuk 4.

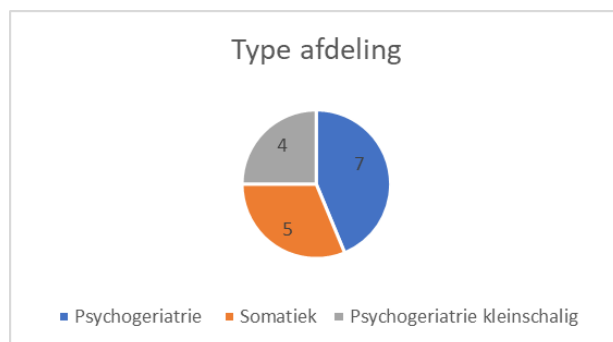
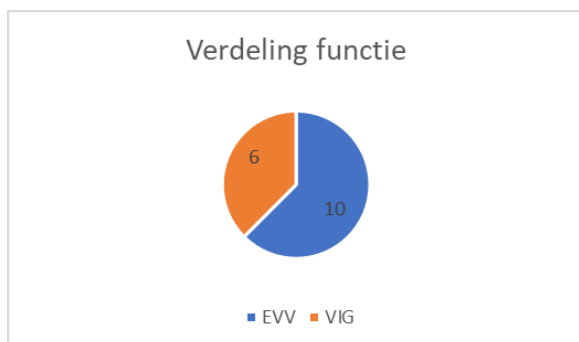
De interviews zijn uitgevoerd aan de hand van een topic-lijst (zie bijlage 2 & 3). Een aantal van te voren geformuleerde vragen zijn voorgelegd aan de respondenten.

De vragen zijn deels afgeleid van een vragenlijst opgesteld door Tummers en Bekkers (2014). Tevens zijn nog een aantal, van de indicatoren, afgeleide vragen toegevoegd. Voorafgaand aan het interview is aan respondenten uitleg gegeven over het onderzoek. Moeilijke woorden zoals 'beleid,' en 'autonomie' zijn uitgelegd in gemakkelijke bewoordingen zoals 'werkwijzen, interne procedures en protocollen' en 'vrijheid van handelen.'

De interviews zijn afgenomen bij zestien verzorgenden werkzaam binnen de verpleeghuizen van HWW zorg. Het betreft een drietal grootschalige locaties Houtwijk, Schildershoek en Vrederust-West genaamd en een tweetal locaties waar sprake is van kleinschalige woonzorg namelijk de Stromenhof en Het Hofje. Per locatie is van te voren, in samenspraak met de locatiemanager, een aantal medewerkers geselecteerd (zie inclusiecriteria paragraaf 3.4.2).

De geselecteerde medewerkers ontvingen via de mail een uitnodiging voor het interview. Het onderwerp van het interview stond summier beschreven. De interviews vonden plaats op de locatie waar de verzorgende werkzaam is.

Er zijn zes verzorgenden (afk. VIG) geïnterviewd en tien eerstverantwoordelijke verzorgenden (afk. EVV). Deze zogenaamde EVV-ers zijn verzorgenden die een aanvullende opleiding tot 'eerst verantwoordelijke verzorgende' hebben gevolgd. Elf respondenten werken op afdelingen waar dementerenden (psychogeriatric) verblijven. Vijf respondenten werken op afdelingen waar lichamelijke problematiek (somatic) voorop staat.



Afbeelding 10 & 11 Type medewerkers en verdeling woonvormen

Vervolgens zijn de interviews getranscribeerd. Bij het analyseren van de tekst is gebruik gemaakt van *sensitizing concepts* waarbij de begrippen uit de centrale vraagstelling richtinggevend zijn (van Thiel, 2015). De fragmenten uit de tekst zijn geduid via vastgestelde labels. Vervolgens zijn deze met behulp van de methodiek 'open coderen,' stapsgewijs gecodeerd. Door de fragmenten uiteindelijk axiaal te coderen konden verbanden gelegd worden. Tevens is geteld hoe vaak bepaalde items genoemd zijn. Hierdoor kan het belang van een specifiek item onderbouwd worden. Een gedetailleerd totaaloverzicht van de fragmenten en de gebruikte codes is opgenomen in bijlage 4.

Kernbegrip	Vastgestelde labels
Persoonsgerichte zorg	<ul style="list-style-type: none"> betekenis persoonsgerichte zorg
Compliance	<ul style="list-style-type: none"> kennis HWW beleid m.b.t persoonsgerichte zorg naleven beleid (afspraken, werkwijzen & protocollen) bereidheid naleven beleid o.b.v. positieve/negatieve input door collega's belang uitschrijven en vastleggen van begrijpelijk beleid passend bij dagelijkse werkzaamheden (regelformalisatie) persoonlijkheid medewerker opstandig/volgbaar
Autonomie	<ul style="list-style-type: none"> betekenis/invulling van vrijheid in handelen vrijheid van handelen bij toepassing beleid; algemeen en specifiek m.b.t persoonsgerichte zorg invloed persoonlijkheid client op handelen medewerker
Meerwaarde client	<ul style="list-style-type: none"> meerwaarde van het beleid op client (stabilisatie klachten / welbevinden + invloed op handelen medewerker)

Afbeelding 12 Tabel kernbegrippen & vastgestelde labels

§ 5.3 RESULTATEN INTERVIEWS

In deze paragraaf worden de uitkomsten van de interviews per kernbegrip beschreven en hier en daar geïllustreerd aan de hand van opvallende of kenmerkende uitspraken van de respondenten.

Om duiding te kunnen geven aan de uitspraken van de respondenten is tijdens het coderen bewust gekozen om de nuance met betrekking tot uitspraken te behouden. Het label 'passende benadering' heeft bijvoorbeeld in de praktijk een andere uitwerking dan het label 'passende aanspreekvorm.' Bij benadering draait het immers om datgene wat men doet of uitspreekt om een client bijvoorbeeld te kalmeren of activeren. Een client bij de voor- of achternaam noemen heeft betrekking op de aanspreekvorm.

Ook viel tijdens de interviews op dat de respondenten regelmatig refereerden aan protocollen en/of beleid. Aangezien beide onderwerpen separaat van elkaar werden benoemd is hier in de codering rekening mee gehouden.

§ 5.3.1 PERSOONSGERICHTE ZORG

Binnen het kwaliteitskader (2017) worden binnen persoonsgerichte zorg vier thema's onderscheiden namelijk:

1. compassie – client ervaart nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip
2. uniek zijn – client wordt gezien als mens met een persoonlijke context en met een eigen identiteit
3. autonomie – client heeft mogelijkheid van eigen regie over leven en welbevinden
4. zorgdoelen – iedere client heeft vastgelegde afspraken over de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning

Resultaten

Op de vraag hoe de respondent persoonsgerichte zorg zou omschrijven geven maar liefst elf van de zestien respondenten aan dat *de individuele wensen van de cliënten centraal staan*. Deze wensen vormen het uitgangspunt van de zorgverlening.

Ook mag een client *niet gedwongen worden tot handelingen*, aldus zes respondenten. De client mag 'nee' zeggen indien hij/zij iets niet wil op dat moment. Dit punt wordt door een aantal verzorgenden genuanceerd; "behalve als ze echt dat pilletje moeten dan probeer ik toch met ze [de client] te praten maar uiteindelijk is nee toch nee" (verzorgende HWW zorg, 2019).

Ook is een *passende aanspreekvorm* van belang, client x stelt het bijvoorbeeld op prijs om met de voornaam aangesproken te worden en client y prefereert de achternaam. Een *luisterend oor* bieden aan de client is voor een aantal verzorgenden onlosmakelijk verbonden met het verlenen van persoonsgerichte zorg. Ook het hebben van *inzicht in de voorgeschiedenis* van de client is van invloed op de zorgverlening, een evv-er verwoord dit als volgt;

"Persoonsgerichte zorg houdt in dat je rekening houdt met de basisbehoefte van de client, de wens van de client staat voorop en dat je de client verzorgd zoals deze dit gewend is. Daarom heb je [inzicht in] de achtergrond nodig. Hier verblijven dementerenden en die vertellen niet alles; hoe willen ze verzorgd worden? Wat eten en drinken ze? Wat lusten ze niet? We hebben dan ook familie nodig om daar achter te komen en vragen we ze vragenlijsten in te vullen over de client en zo komen we erachter hoe iemand heeft geleefd voordat ze dement werden" (verzorgende HWW zorg, 2019).

Tussentijdse conclusie:

Individuele wensen van de client staan centraal bij persoonsgerichte zorg. Cliënten mogen niet gedwongen worden tot handelingen. Een passende aanspreekvorm, luisterend oor en inzicht hebben in de voorgeschiedenis zijn van belang.

§ 5.3.2 COMPLIANCE

Het navolgen van beleid vormt vast onderdeel van de dagelijkse routine binnen de zorgverlening. Met name binnen de gezondheidszorg neemt het aantal regels waaraan men moet voldoen, de omvang aan van een "encyclopedie," aldus Lipsky (1980, p.14). Vrij vertaald betekent compliance dat je je conformeert of aanpast aan de wensen van een ander, aan een regel of noodzaak (Evangelista, 1999). Om compliance aan beleid te bereiken zullen medewerkers bereid moeten zijn om dit te uit te voeren, kortom de medewerker stopt energie in de uitvoer van het beleid. De inhoud van het beleid is de belangrijkste factor bij de uitvoer ervan. Ook de organisatorische context speelt hierbij een rol, hoe positiever directe collega's zijn over het beleid hoe meer men zich wil inspannen om hieraan uitvoer te geven. De persoonlijkheid van de medewerker speelt tevens een rol, opstandige medewerkers zijn minder geneigd om beleid uit te voeren (Tummers et al., 2012).

Tegelijkertijd is van belang hoe en op welke wijze beleid is vastgelegd. Met behulp van regelgeving kan geduid worden wie, wat en wanneer doet (DeHart-Davis, Chen & Little, 2013). "Regels zijn de lijm die medewerkers binnen de publieke sector bindt met hun organisatie," legt DeHart-Davis (2009, p.909) uit. Door regels op te stellen en toe te passen empoweren organisaties hun medewerkers, genereren ze rechtvaardigheid en vertrouwen en creëren ze begrip.

Resultaten

Op de vraag wat er verwacht wordt van de medewerkers met betrekking tot het naleven van de werkwijzen rondom persoonsgerichte zorg springen er twee antwoorden uit. Zes respondenten zijn van mening dat daarmee het *naleven van de afspraken zoals beschreven in het zorgdossier* van de client wordt bedoeld. Ook zijn er zes verzorgenden die aangeven dat men het *organisatiebeleid niet kent* en dus ook niet kunnen vertellen wat er van hen verwacht wordt rondom persoonsgerichte zorgverlening.

Tussentijdse conclusie:

Bijna één derde van de respondenten geeft aan dat met het beleid rondom persoonsgerichte zorg het naleven van afspraken zoals beschreven in het zorgdossier bedoeld wordt. Eén derde geeft aan niet te weten welk beleid HWW zorg hanteert.

Naleven beleid

In meer algemene zin leverde *of* en *hoe* beleid wordt nageleefd een diversiteit aan antwoorden op. Zoals reeds vermeld in de inleiding van het hoofdstuk viel op dat er door de respondenten duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen *protocollen* en *beleid*. Met protocollen worden de zogenaamde KICK protocollen bedoeld waarin stapsgewijs technische handelingen worden uitgelegd zoals zuurstof toedienen (zie paragraaf 4.1). Aan 'beleid' wordt gerefereerd in geval van meer formele werkwijzen die terug te vinden zijn in het kwaliteitssysteem (handboek). Veelal wordt echter verwezen naar interne (afdeling gebonden) afspraken die via de mail of mondeling worden gecommuniceerd.

A. Protocollen

Twaalf respondenten geven aan dat protocollen gebruikt worden als *naslagwerk*; "als ik iets niet meer weet dan zoek ik het op" en "als ik de handeling niet vaak doe dan pak ik het protocol erbij" (2019).

Aanvullend op het uitvoeren van een handeling volgens protocol wordt het zogenaamde *4-ogen principe* benoemd. Hierbij wordt door de verzorgende een collega gevraagd mee te kijken bij het uitvoeren van de handeling.

Een negental respondenten geven aan dat men veelal handelt op *routine* "eenmaal aangeleerd dan doe je ze gewoon [technische handelingen]" (2019).

Verzorgenden die een functie vervullen als evv-er begeleiden veelal leerling-verzorgenden. Opvallend is dat *evv-ers zich*, ten opzichte van reguliere verzorgenden, *meer verdiepen in protocollen*. Verklaring hiervoor is dat leerlingen opdrachten dienen uit te voeren aan de hand van protocollen hierbij begeleid door de evv-er; "als ik een leerling begeleid dan wil ik het natuurlijk wel volgens het protocol doen" maar ook "het werkbegeleiderschap houdt mij scherp [het naleven van protocollen]" (2019).

Indien medewerkers *onvoldoende tijd en/of onvoldoende bezetting* ervaren dan is dat volgens hen negatief van invloed op het naleven van protocollen.

B. Beleid

Op de vraag hoe men beleid toepast in geval van persoonsgerichte zorg wordt veelal, namelijk elf maal, gerefereerd aan het *gebruik van het elektronisch cliëntendossier* (afk. ECD). Zoals reeds beschreven in paragraaf 4.1 is het ECD opgebouwd uit verschillende onderdelen waaronder het zorgplan, levensloop en leefroute. In het zorgplan staan de zorg- en behandeldoelen beschreven. In het format levensloop is de voorgeschiedenis van de client te vinden. In de leefroute vindt een praktische en actuele vertaling plaats van zorgdoelen, gewoonten, behoeften en wensen, zoals de aanspreekvorm. Een verzorgende (2019) verwoordt het als volgt "Alles [clientinformatie] is terug te halen uit het dossier. De afspraken rondom een client staan in de leefroute. De vaste afspraken worden vastgelegd in de clientagenda."

Op de vraag hoe nieuwe medewerkers weten wat ze moeten doen wordt meerdere malen verwezen naar het gebruik van de leefroute.

Ook op andere manieren komt het gebruik van het zorgdossier terug, zo is het behulpzaam bij de overdracht van bijvoorbeeld de dag- naar de avonddienst. Een *inefficiënte indeling van het dossier* als belemmerend ervaren. Dit wordt geïllustreerd door een voorbeeld; indien de verzorgende de informatie niet kwijt kan in het dossier gaat ze zelf losse lijstjes maken waarop ze deze informatie wel kwijt kan.

Ook het *elektronisch (medicatie) voorschrijfsysteem* (afk. EVS) geeft richting geeft aan het handelen van verzorgenden. In deze tool staat beschreven welke medicatie de client, op welk tijdstip ontvangt. Tevens staan hierin bijzonderheden beschreven bijvoorbeeld dat medicatie voor inname gemalen dient te worden.

In dit geval merkt een verzorgende op dat indien de deeltijden van de medicatie zoals beschreven in het EVS niet passend zijn bij het ritme van de client dit als belemmerend kan worden ervaren.

Indien *werkwijzen niet begrepen worden kunnen ze belemmerend werken*; "ik vind het doen van dubbelcontroles [bij uitgifte medicatie] wel erg overdreven," aldus een verzorgende (2019). Ook bij het naleven van beleid geldt bij zeven verzorgenden dat indien men *onvoldoende tijd en/of onvoldoende bezetting* ervaart dit volgens hen negatief van invloed is op het naleven ervan. Ook het gevoel dat er *teveel veranderingen binnen korte tijd* plaatsvinden is bij zes respondenten van negatieve invloed op het naleven van beleid.

Het valt in zeven voorbeelden op dat de verzorgenden, als het *afstemming van werkwijzen* betreft, regelmatig refereren aan *informele contacten*. Voorbeelden hiervan zijn teamoverleg, mondeling overleg met collega's, teamleiders of kwaliteitsverpleegkundigen en mailcontacten met verschillende disciplines.

Tussentijdse conclusie:

Er wordt door de respondenten duidelijk onderscheid gemaakt tussen *protocollen* en *beleid*. 75% van de respondenten gebruikt protocollen als naslagwerk. Als gevolg van begeleiding van leerlingen geven evv-ers meer dan de reguliere verzorgenden aan zich te verdiepen in protocollen. Veertien respondenten geven aan dat het elektronisch zorgdossier en medicatievoorschrijfsysteem richting geeft aan handelen. Met name teveel veranderingen binnen korte tijd en onvoldoende tijd en/of bezetting kunnen belemmerend werken bij de uitvoer van beleid.

Het afstemmen van werkwijzen vindt regelmatig plaats via informele contacten.

Naleven beleid op basis van input collega's

Indien collega's *positief zijn over een werkwijze dan wordt deze veelal overgenomen* door de verzorgenden. In vier gevallen wordt dit antwoord genuanceerd door te melden dat *men eerst zelf de werkwijze uitprobeert* voordat men deze omarmt. Twee medewerkers geven bij dit item duidelijk te kennen dat zij collega's juist *aanspreken als deze afspraken niet nakomen* zodat *eventuele schade bij de client voorkomen* kan worden. Twee respondenten vertellen dat een positieve ervaring met een werkwijze van een collega niet altijd veelzeggend is. Het is juist de *match tussen de medewerker, de client en de werkwijze* die iets tot een succes maakt;

"Het kan ook zo zijn dat het voor jou juist niet werkt, het is natuurlijk zo dat je je eigen persoonlijkheid meeneemt. Hoe druk ben je bijvoorbeeld en kan de client daar wel of niet tegen.

Ik kijk altijd hoe het voor mij het beste werkt, ik moet het op mijn manier doen. Ik moet er ook prettig mee kunnen werken, hun [de collega's] kunnen het misschien fijn vinden [de werkwijze] maar als het op een andere manier voor mij fijner is dan zal ik dat aanhouden" (verzorgende HWW zorg, 2019).

Tussentijdse conclusie:

Indien collega's *positief zijn over een werkwijze dan wordt deze veelal overgenomen*. Dit gebeurt echter wel onder bepaalde voorwaarden, de werkwijze wordt bijvoorbeeld eerst zelf uitgetoetst. Twee respondenten geven aan dat de *match tussen de medewerker, de client en de werkwijze* datgene is wat een werkwijze tot een succes maakt.

Regelformalisatie

Acht respondenten geven aan dat het vastleggen van beleid en protocollen hun *houvast* geeft.

Het vastleggen van beleid *draagt bij aan de legitimiteit* ervan "je kunt dan uitleggen dat we het op deze manier doen." Tegelijkertijd scheidt het vastleggen *eenduidigheid*; medewerkers weten wat ze moeten doen en dit voorkomt verwarring.

Ook helpt het vastleggen van afspraken verzorgenden bij het *informereren van familie of de vertegenwoordiger* van de client; "als familie er naar vraagt kun je uitleg geven over

dat we dit doen met een bepaalde reden.”

Het is belangrijk dat het beleid *aansluit bij de wensen van de client*, aldus vier respondenten.

Op de vraag aan de respondenten of het beleid in *begrijpelijke taal* is beschreven reageren allen bevestigend. Opgemerkt moet worden dat uit de toelichting blijkt dat men hierbij verwijst naar de protocollen. Eén respondent merkt op dat hij alle extra informatie in de protocollen ziet als “gratis bijscholing.”

Tussentijdse conclusie:

Alle respondenten geven aan dat de protocollen in begrijpelijke taal zijn beschreven. Het vastleggen van beleid en protocollen geeft de helft van hen houvast. Door het vastleggen wordt legitimiteit en eenduidigheid ervaren. Het is van belang dat het beleid aansluit bij de wensen van de client.

Omschrijving persoonlijkheid respondenten

Op de vraag hoe men de eigen persoonlijkheid zou omschrijven komt een zeer gemêleerd beeld naar voren. Drie respondenten omschrijven zichzelf als volgzaam. Maar bij de meeste respondenten volgt een nuancering zoals “ik ben opstandig als ik het ergens niet mee eens ben” of “ik ben een opstandig type als het over het wel en wee van de mensen gaat” (2019). Grofweg kwalificeren zeven respondenten zich als ‘volgzaam’ en zes respondenten zich als ‘opstandig.’

Tussentijdse conclusie:

De respondenten beschrijven zichzelf als volgzaam of als opstandig. Echter elke respondent brengt nuancering aan die betrekking heeft op de werkomstandigheden.

§ 5.3.3 AUTONOMIE

De groei van het aantal regels, dikwijls tegengesteld aan elkaar, vraagt om een ‘match’ tussen de casus en de regelgeving en dit vereist autonomie (Maynard-Moody en Musheno, 2003).

Het begrip ‘autonomie’ wordt beschreven met behulp van literatuur over street-level bureaucracy. Er bestaat directe interactie tussen street-level bureaucraten en burgers, men beschikt over een mate van autonomie bij de uitvoer van hun werkzaamheden (Lipsky, 1980, p.3). Kenmerkend voor de werkzaamheden is het directe cliëntencontact. Dit contact resulteert in wederzijdse interactie; de bureaucrat moet dan ook in staat zijn om te acteren op de reactie van de client (Lipsky, 1980). Autonomie is zelfs een voorwaarde voor street-level bureaucraten om hun werk naar behoren te kunnen doen aangezien de voorgeschreven werkwijzen niet altijd passend zijn bij een specifieke situatie, aldus Lipsky (1980). Een voorbeeld hiervan is de gezondheidszorg waarbij er sprake is van een vertrouwensrelatie tussen de bureaucrat [verpleegkundige of arts] en de client waardoor er spanning kan ontstaan tussen compassie en flexibiliteit enerzijds en het hanteren van regels anderzijds. Autonomie is echter niet vrijblijvend, street-level bureaucraten worden, ondanks een bepaalde mate van vrijheid binnen hun werkzaamheden, geacht uitvoering te geven aan het beleid van de organisatie. De discrepantie tussen autonomie en het navolgen van voorgeschreven regels voortvloeiend uit beleid, wringt en kan leiden tot situaties waarbij de bureaucrat zich niet conformeert aan voorgeschreven beleid en de doelstellingen van de organisatie. Dit wordt ook wel non-compliance genoemd (Lipsky, 1980).

Resultaten

Betekenis autonomie

De betekenis van het begrip 'autonomie' wordt door de respondenten zeer divers ingevuld. Het *zelfstandig prioriteren van handelingen* wordt een aantal maal benoemd. Het zelfstandig indelen van de dag en het zelfstandig afwegingen kunnen maken ten aanzien van werkzaamheden zijn voorbeelden hiervan. Een verbijzondering van zelfstandig prioriteren zijn het zelfstandig *prioriteren van vastgestelde handelingen* (het doen van vastgestelde taken op een eigen manier) en *het prioriteren van tijd* (ruimte hebben om te spelen met tijd).

Het hebben van '*ruimte hebben voor inbreng,*' wordt tevens een aantal maal benoemd. Vier verzorgenden geven spontaan aan dat ze veel vrijheid ervaren binnen hun dagelijkse werkzaamheden.

Tussentijdse conclusie:

De betekenis van autonomie wordt op diverse wijzen ingevuld zoals het zelfstandig prioriteren van handelingen, zelfstandig prioriteren van *vastgestelde* handelingen, het zelfstandig prioriteren van tijd en het hebben van ruimte voor inbreng.

Afwegingen ten aanzien van beleid

Op de vraag op welke wijze men het beleid rondom persoonsgerichte zorg binnen de dagelijkse werkzaamheden toepast en welke afwegingen men hierbij maakt wordt een variëteit aan antwoorden gegeven. Tijdens het analyseren werd een rode draad zichtbaar en zijn de labels gecategoriseerd in twee onderdelen. Antwoorden waarbij geredeneerd wordt vanuit (1) *cliënt gerelateerde inhoud*, zoals afwegingen die worden gemaakt bij de uitvoer van verpleegtechnische handelingen of het afwijken van gemaakte afspraken in belang van de cliënt. Als ook labels die gelinkt zijn aan (2) *werkomstandigheden* die van invloed zijn op de afwegingen die gemaakt worden.

A. Inhoud

Uit de interviews blijkt dat er met regelmaat afgeweken wordt van werkwijzen met betrekking tot het uitvoeren van handelingen zoals het verstrekken van medicatie en het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen.

Bij het verstrekken van medicatie komt de wijze waarop verzorgenden diverse afwegingen maken het meest duidelijk naar voren. Zo blijkt er bijvoorbeeld (1) sprake is van *meerdere werkvormen binnen één protocol* (in dit geval de uitgifte van medicatie op voorgeschreven tijden);

"Wat de medicatie betreft, sommige collega's gaan om 17.00 al de pillen delen en die nemen de medicatiekar mee naar de woonkamer en gaan daar aftekenen. Ik zou daar gek van worden. Zodra ze [cliënten] je zien dan gaan ze vragen stellen of om de medicatiekar lopen en ze pakken dingetjes weg. Ik wil dat niet, ik wil in alle rust en op mijn gemak in het medicatiehok staan [om medicatie te controleren en af te tekenen]. Dat betekent dus dat ik medicatie eerder afteken en eigenlijk mag dat niet, je mag pas aftekenen op het moment dat je medicatie geeft. Hierin wijk ik dus duidelijk af van de regels" (verzorgende HWW zorg, 2019).

Uit de toelichting van de respondenten blijkt dat men (2) *rekening houdt met het ziektebeeld* van de client. Bepaalde medicamenten luisteren nauw qua tijdstip van verstrekking zoals het voor de maaltijd toedienen van insuline en schildkliermedicatie en het op vaste tijdstippen toedienen van pijnmedicatie (bijvoorbeeld morfine). Ook (3) het *ritme van de client* doet ertoe. Medicatie wordt bijvoorbeeld pas verstrekt als de client verzorgd is en aan het ontbijt zit. Indien een client nog slaapt wordt gewacht met medicatieverstrekking tot deze wakker is.

Een belangrijk onderdeel van het verstrekken van medicatie is, indien van toepassing, het uitvoeren van 'dubbelcontrole.' Het betreft medicatie die tot complicaties kan leiden indien de client er teveel van binnenkrijgt zoals insuline en opiaten (morfine). Het landelijk protocol schrijft dan ook voor dat dit type medicamenten dan ook altijd door twee personen gecontroleerd wordt voordat verstrekking plaatsvindt. Indien dit onderwerp ter sprake komt blijkt dat de achterliggende reden slechts door één respondent onderkend wordt. De overige respondenten geven aan dat ze *geen tijd hebben voor dubbelcontrole* (mede als gevolg van onderbezetting) of *het nut er niet van in te zien*.

Uit twee gesprekken blijkt dat er soms *handelingen worden ingekort* om de client zo min mogelijk te belasten. Zo vertelt een verzorgende dat deze een steriel werkveld achterwege laat omdat de omstandigheden (indeling van de clientkamer) dit niet toelaat. Een ander geeft aan dat zij een bepaalde handeling tijdens het katheteriseren van een client inkort zodat deze minder lang in een ongemakkelijke houding ligt.

Zes respondenten vertellen dat *inzicht hebben in de cliënt* behulpzaam is bij de uitvoer van hun werkzaamheden. Dit doet men door, onder andere, naar cliënten te luisteren en deze te observeren. Indien men de cliënten kent inclusief hun wensen, behoeften en gewoonten lijkt men beter in staat de zorg- en behandeling hier op af te stemmen. De invulling van werkzaamheden hangt in dit geval samen met de mate van kennis over het ritme van de client;

"Hoe de client geholpen wil worden dat staat niet in een [studie]boek dat moeten we zelf uitproberen en daarom moet je je kunnen verplaatsen in een client" (verzorgende HWW zorg, 2019).

Afwijken van beleid mag *in het belang van de client*, aldus een zestal respondenten. Zo mag er bijvoorbeeld afgeweken van de zogenaamde zorgroutes indien een client nog ligt te slapen. Ook wordt afgeweken als de omstandigheden daartoe aanleiding voor geven. Met name het inspelen op (afwijkend) gedrag van een client kan de reden zijn voor verzorgenden om op dat moment af te wijken van afspraken. In het verlengde hiervan zijn enkele respondenten van mening dat het (*dag en nacht*)*ritme van de client* leidend is voor is voor het tijdstip van handelingen. Twee respondenten geven aan dat naast het belang van de client *noodzakelijke zorg voorop staat*, wat een client wenst hoeft namelijk niet altijd goed voor hem/haar te zijn. Noodzakelijke zorg bezien vanuit een professioneel oogpunt is dan ook een belangrijk aandachtspunt;

Op de vraag wat een verzorgende doet indien een werkwijze geen effect heeft op de client;

“Dat ben je verplicht naar je client toe. Als ik het gevoel heb dat iets niet klopt. Hoe je het ook went of keert, ik ken die client soms echt beter. Ik ben geen arts, maar als ik het gevoel heb dat iets niet klopt dan maak ik daar werk van” (verzorgende HWW zorg, 2019).

Afwijken van het beleid mag *op verzoek van de client*, indien bijvoorbeeld afgesproken is de client met de achternaam aan te spreken maar de client verzoekt een verzorgende om deze met de voornaam aan te spreken dan wijkt men af van de eerder gemaakte afspraak.

In meer algemene bewoordingen blijkt uit een viertal gesprekken dat het beleid richtinggevend is voor werkzaamheden maar dat hier vanaf geweken mag worden indien de situatie daarom vraagt. Er mag bijvoorbeeld afgeweken worden om *tijd over te houden om te kunnen anticiperen op onverwachte gebeurtenissen*. Ook mag er volgens een respondent afgeweken worden van beleid juist *ter voorkoming van fouten*. Afwijken van beleid mag ook *indien het tijd oplevert*.

B. Werkomstandigheden

Zeven respondenten geven op diverse manieren aan dat *communicatie* binnen het team of met andere disciplines behulpzaam is bij het uitvoeren van hun werkzaamheden ten behoeve van de client; “veel afstemmen en praten binnen het team zeker als je een moeilijke casus hebt,” aldus een respondent (2019). Een verzorgende geeft aan dat het haar helpt als zij kan terugvallen op een collega met meer kennis.

Toegevoegde waarde wordt ervaren indien men een casuïstiek kan overleggen met andere disciplines zoals een arts, psycholoog of diëtiste.

Twee verzorgenden vertellen dat het hun frustreert indien *een andere discipline zijn afspraken niet nakomt*.

De *mate van bezetting* is van invloed op de wijze waarop werkzaamheden uitgevoerd worden. Met ‘bezetting’ wordt de invulling van het rooster bedoeld.

Zo blijkt uit zeven interviews dat de verzorgende de werkwijzen anders invult bij inzet van uitzendkrachten. Zo verteld een respondent dat dubbelcontrole van de hiertoe aangemerkte medicatie *wel* benodigd is in geval van een uitzendkracht. Daarentegen is de controle niet benodigd indien deze uitgereikt wordt door een vaste kracht. Indien er een tekort is aan personeel heeft dat zijn weerslag op de werkwijzen; “de laatste tijd is er weinig personeel en dan pak je de makkelijkste weg [in dit geval een passieve tillift in plaats van een stalift] (2019).

De factor ‘*tijd*’ is een aspect dat zijn uitwerking heeft binnen de zorgverlening. Uit vier gesprekken blijkt dat met name een tekort aan tijd als belemmerend wordt ervaren. Zo verteld een verzorgende dat hij tijd probeert te besparen door zijn niet-client gerelateerde werkzaamheden zo efficiënt mogelijk probeert af te handelen. Ook verteld een verzorgende dat pas nadat zij uitgepland kan worden van reguliere werkzaamheden, zij toekomt aan belangrijke aspecten van de zorgverlening zoals een gesprek met client of familie.

Uit zes uitspraken blijkt dat verzorgenden ‘het beleid’ beter kunnen accepteren indien de *bedoeling ervan begrepen* wordt en aansluit bij de dagelijkse werkzaamheden. Een verzorgende verwoordt het als volgt “als cliënten er baat bij hebben, dan heb je mij

volledig" (2019). Daarentegen wordt een te grote hoeveelheid aan regels en afspraken als onoverzichtelijk en daardoor als belemmerend ervaren.

Uit alle interviews blijkt dat het *spanningsveld tussen passende zorgverlening versus het vasthouden aan structuur* een onlosmakelijk onderdeel is bij de afwegingen die worden gemaakt binnen de dagelijkse zorgverlening.

Zo wordt enerzijds aangegeven dat cliënten gebaat zijn bij een vaste structuur maar dat anderzijds prioriteiten worden aangebracht op basis van de wens van de client.

Uit een aantal antwoorden kan afgeleid worden dat het verkrijgen van ruimte [autonomie] om afspraken [beleid] te kunnen afstemmen met client en/of vertegenwoordigers behulpzaam is bij de uitvoer van werkzaamheden. Het gegeven dat men eigen prioritering aan kan brengen lijkt hierbij een belangrijk aspect.

"Structuur is een instrument om richting te geven aan je dienst. Zonder planning en structuur is als een kip zonder kop. Structuur is heel belangrijk ik ga niet om 6.00 de pillen geven in plaats van 8.00" (verzorgende HWW zorg, 2019).

Tussentijdse conclusie:

De respondenten wijken met grote regelmaat af van werkwijzen. Hierbij voert men afwegingen aan die een relatie hebben met de inhoud, dus de wijze waarop men iets uitvoert, en de werkomstandigheden die van invloed zijn op de afweging.

Inhoud

Afwijken mag in het belang van de client aldus ruim één derde van de respondenten. Ook mag afgeweken worden op verzoek van de client. Er dient echter wel rekening gehouden te worden met de, voor de client, noodzakelijk zorg.

Het ritme en ziektebeeld van de client zijn afwegingen die van invloed zijn op hoe men een werkwijze uitvoert. Tevens is de factor tijd van invloed op de uitvoer. Om een client zo min mogelijk te belasten wordt soms een protocol ingekort.

Het hebben van inzicht in de client is volgens ruim één derde van de respondenten behulpzaam bij de uitvoer van werkzaamheden.

Werkomstandigheden

Communicatie binnen het team of met andere disciplines is behulpzaam bij de uitvoer van beleid.

De mate van bezetting is van invloed op hoe men werkwijzen uitvoert, deze worden met regelmaat anders ingevuld indien men werkt met uitzendkrachten.

Indien een tekort aan tijd wordt ervaren wordt er door sommige respondenten ingeleverd op niet-client gerelateerde werkzaamheden.

Een derde van de respondenten geeft aan beleid beter te kunnen accepteren indien de bedoeling ervan begrepen wordt. Een te grote hoeveelheid regels en afspraken worden daarentegen als belemmerend ervaren.

Uit alle gesprekken blijkt dat het bieden van passende zorgverlening en het vasthouden aan structuur onlosmakelijk verbonden zijn aan de afwegingen die worden gemaakt tijdens de dagelijkse zorgverlening.

Invloed persoonlijkheid client

Uit alle gesprekken mag afgeleid worden dat de persoonlijkheid van de client op één of andere manier van invloed is op het handelen van de verzorgenden. Drie respondenten vertellen dat het gedrag van de client van invloed is op de *benadering richting de client*. Zo kun je bij client x wel een grapje maken en bij client y niet. Aanvullend hierop geven acht verzorgenden aan dat *inzicht hebben in de persoonlijkheid van de client richting geeft aan hun handelen*. Indien men de client kent dan weet een verzorgende waarom hij/zij welk gedrag vertoont, zodoende kan men daar beter op inspelen. Een aantal verzorgenden merkt hierbij op dat de achtergrond van een client heel bepalend kan zijn voor de werkzaamheden die men uitvoert;

“Een client uit een betere buurt wil meer het gevoel hebben ‘de zuster komt mij verzorgen’ en dat laat je dan merken dat je snapt dat iemand er mooi uit wil zien en haar haar opgestoken wil hebben. Dat zal iemand uit de Schilderswijk minder hebben, die hebben vaker een huisvrouwenpermanent” (verzorgende HWW zorg, 2019).

Drie respondenten geven aan dat *inlevingsvermogen behulpzaam* is bij de uitvoer van hun vak. In dit geval is van belang je te kunnen verplaatsen in het ziektebeeld van de client waardoor je je beter kunt voorstellen waarom een client op bepaalde manier reageert.

Tijdens een drietal gesprekken blijkt dat gedrag dat door verzorgenden wordt aangemerkt als *grensoverschrijdend*, bijvoorbeeld agressief gedrag, *van invloed is op het handelen van de medewerker*. De respondenten zijn dan ook van mening dat het belangrijk is dat, richting de client, grenzen worden aangegeven.

Tussentijdse conclusie:

Uit alle gesprekken blijkt dat de persoonlijkheid van de client op één of andere wijze van invloed is op het handelen van de respondenten. Inzicht hebben in de persoonlijkheid geeft bijvoorbeeld aan de helft van de respondenten richting aan hun handelen. Ook kan het van invloed zijn op de benadering richting de client. Indien respondenten gedrag kwalificeren als grensoverschrijdend stemmen zijn hun handelen hierop af.

§ 5.3.4 MEERWAARDE VOOR DE CLIENT

In geval van deze toegevoegde waarde, oftewel ‘client meaningfulness,’ is de street-level bureaucrat van mening dat men beleid uitvoert dat waarde oplevert voor een client. (Tummers & Bekker, 2014).

Op de vraag wat het beleid uiteindelijk oplevert voor de client resulteert in een zeer gemêleerd beeld. Tijdens het analyseren van de antwoorden bleek er onderscheid aangebracht te kunnen worden door labels onder te brengen in twee categorieën; (1) het *directe effect van het beleid op welbevinden van de client* bijvoorbeeld het voorkomen lichamelijke of mentale problematiek en (2) de *wijze waarop het beleid behulpzaam is voor de verzorgenden* en daardoor indirect de client.

A. Effect van beleid op welbevinden client

Tijdens vijf gesprekken wordt door de respondenten benoemd dat het navolgen beleid *schade voorkomt aan de client*, bijvoorbeeld het op de juiste wijze aanbrengen van incontinentiemateriaal. Het is echter wel van belang dat ieder teamlid zich houdt aan de

afspraken. De inzet van uitzendkrachten zou dan ook van invloed zijn op de kwaliteit van de zorgverlening. Eén respondent verwoordt het niet-navolgen van beleid als *onrechtmatig*, de client krijgt niet waar hij/zij recht op heeft.

Tevens wordt een aantal maal benoemd dat een *client baat heeft bij duidelijke afspraken*, dit voorkomt verwarring.

B. Effect van beleid op handelen medewerker

Zes respondenten geven aan dat de *mogelijkheid om af te wijken van beleid ten goede komt aan het welbevinden van de client*. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de opmerking dat af kunnen wijken van het vooraf vastgestelde aantal zorgminuten rust geeft en dit ten goede komt aan de client. "Doordat ik zelf mijn dienst in kan vullen zijn de mensen juist rustig en niet agressief," aldus een verzorgende (2019).

Tijdens acht interviews komt naar voren dat beleid behulpzaam is bij *het structureren van werkzaamheden*. Beleid geeft richting aan handelen, zou het beleid niet aanwezig zijn dan wordt het "een zootje," "chaos" of ontstaat er zelfs "anarchie" op de afdeling. Het navolgen van beleid en protocollen draagt bij aan *regelmaat en bevordert kwaliteit van zorgverlening* en draagt op deze manier bij aan het welbevinden van de client.

Tevens zijn een aantal verzorgenden van mening dat, indien men beleid naleeft, dit tot *efficiënte zorgverlening* leidt wat vervolgens weer tijd oplevert die besteed kan worden aan de client.

Ook de factor *tijd* werkt op verschillende manieren door op het handelen van de verzorgenden. Indien onvoldoende tijd ervaren wordt kan er minder aandacht geschonken worden aan de client. Eén verzorgende is van mening dat hierdoor de eigen regie van de client ingeperkt wordt.

Indien de vraag wordt gesteld wat volgens verzorgenden meerwaarde oplevert voor de client, en hierbij tijdens de vraagstelling *geen relatie wordt gelegd met beleid*, levert dit een ander type antwoorden op. In dit geval refereren elf respondenten aan items zoals benadering, inlevingsvermogen en communicatie;

"Bejegening richting de client is belangrijker dan beleid, daar valt of staat alles mee."

"Investeren in een goede relatie met de client en familie, dat levert op."

"Oprechte interesse en empathie dat is het hetgeen wat de client het best helpt."

(verzorgenden HWW zorg, 2019).

Tussentijdse conclusie:

Het navolgen van beleid heeft meerwaarde voor de client; hierdoor kan schade worden voorkomen. Ook heeft de client baat bij duidelijke afspraken, dit voorkomt verwarring. Doordat ieder teamlid zich dient te houden aan afspraken en deze niet altijd bekend zijn bij uitzendkrachten levert dit een risico op voor de kwaliteit van zorgverlening. De helft van de respondenten geeft aan dat beleid behulpzaam is bij het structureren van werkzaamheden. Zou beleid niet aanwezig zijn dan leidt dit tot "chaos" of "een zootje." Het navolgen van beleid draagt bij aan regelmaat en bevordert kwaliteit van zorgverlening. Ook leidt het tot efficiënte zorgverlening waardoor er meer tijd kan worden besteed aan de cliënt. De mogelijkheid om af te wijken van beleid komt, volgens ruim één derde van de respondenten, ten goede komt aan het welbevinden van de client.

§ 5.4 TUSSENTIJDSE BEVINDINGEN

De in voorgaande paragraaf beschreven resultaten resulteren in een aantal bevindingen, deze worden in onderstaand overzicht puntsgewijs beschreven. Deze bevindingen vormen de aanzet tot de uiteindelijke conclusies zoals beschreven in hoofdstuk 6.

1. HWW zorg is gebonden aan wet- en regelgeving. Deze is vertaald in beleid zoals richtlijnen en protocollen die sturing geven aan de dagelijkse uitvoer van zorgverlening. Het bieden van persoonsgerichte zorg is niet alleen op landelijk niveau een belangrijk speerpunt binnen de VVT sector maar ook bij het bestuur van HWW zorg staat dit onderwerp hoog op de prioriteitenlijst. Zorginstellingen moeten immers 'aantoonbaar' invulling geven aan persoonsgerichte zorg (Zorginstituut Nederland, 2017). Verzorgenden binnen de verpleeghuizen van HWW zorg omschrijven persoonsgerichte zorg als zorg waarbij de individuele wensen van de client centraal staan. Cliënten mogen niet gedwongen worden tot handelingen. Een passende aanspreekvorm, luisterend oor en inzicht hebben in de voorgeschiedenis van de client zijn bij de zorgverlening van belang. *Op basis van bovenstaande mag gesteld worden dat de kwalificaties die respondenten geven aan persoonsgerichte zorg aansluiten bij de landelijke definitie waarbij de uniciteit van de client centraal staat.*

2. Uit de documentanalyse blijkt dat HWW zorg kenmerken vertoont van een bureaucratie. Taken zijn bijvoorbeeld vastgelegd in procedures en voorschriften zoals protocollen en er heerst een duidelijke hiërarchie (Bekkers, 2012). Het vastleggen van beleid sluit aan bij de opmerking van Lipsky (1980, p.14) die beschrijft dat het aantal regels binnen de gezondheidszorg de omvang aanneemt van een "encyclopedie." Bovens, 't Hart, en van Twist (2012) beschrijven dat medewerkers die werkzaam zijn binnen een bureaucratie zich sterk laten leiden door regels en procedures en niet door persoonlijke voorkeuren. Ook wordt binnen een bureaucratie zeer veel belang gehecht aan operationeel beleid dat concreet aangeeft wie wat moet doen (Bekkers, 2012). Uit het onderzoek blijkt dat bovenstaande slechts ten dele wordt bevestigd. In geval van HWW zorg is er, onder andere, sprake van tientallen werkwijzen en een uitgebreide databank met protocollen. In de functieprofielen van de medewerkers staat beschreven welke taken men dient uit te voeren maar meer abstracte begrippen zoals sensitiviteit, oog hebben voor en een respectvolle bejegening vormen onlosmakelijk onderdeel van de functie als verzorgende. Dit resulteert erin dat de organisatie tegelijkertijd kenmerken vertoont van een 'professionele organisatievorm.' Het werk is relatief ingewikkeld en vereist gespecialiseerde kennis en vaardigheden. De relatieve zelfstandigheid van de professional in vergelijking met medewerkers binnen een bureaucratie berust op het feit dat het werk te ingewikkeld is om door een managers gecontroleerd of door een staf gestandaardiseerd te kunnen worden (Bovens et al., 2012, p.184). De structuur binnen een professionele organisatievorm is gericht op professionele autonomie en vrijheid. *De organisatiestructuur van HWW zorg kenmerkt zich door bureaucratische aspecten maar de inhoud van de werkzaamheden is meer passend bij een professionele organisatie. Dit leidt tot een tweede constatering namelijk dat er sprake is van een spanningsveld tussen enerzijds het navolgen van wet- en regelgeving passend bij een bureaucratie en anderzijds het bieden van persoonsgerichte zorg welke meer passend is bij een professionele organisatie.*

3. Eén van de randvoorwaarden binnen een professionele organisatie is vaktechnische deskundigheid van de professionals (Bovens et al., 2012). Deze voorwaarde sluit aan bij

het gegeven dat cliënten in een kwetsbare situatie verkeren. Uit wetgeving blijkt dan ook dat de kwaliteit van beroepsuitoefening bevordert en bewaakt dient te worden zodat de patiënt beschermd wordt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen (V&VN, z.j.). Het naleven van beleid, oftewel compliant zijn, vormt dus een essentiële randvoorwaarde om persoonsgerichte en veilige zorg te kunnen bieden. Om compliance aan beleid te bereiken zullen medewerkers bereid moeten zijn om dit te uit te voeren. De inhoud van het beleid is de belangrijkste factor bij de uitvoer ervan (Tummers et al., 2012). Uit de documentanalyse blijkt echter dat het beleid rondom persoonsgerichte zorg binnen HWW zorg versnipperd is. De separate documenten hebben niet altijd een relatie met elkaar en de link met de visie van de organisatie en het landelijk kwaliteitskader ontbreekt. Ook zijn niet alle documenten opgenomen in het kwaliteitssysteem en is de toegankelijkheid niet optimaal. Aansluitend hierop blijkt dat ruim één derde van de respondenten denkt dat met het beleid rondom persoonsgerichte zorg "het naleven van afspraken zoals beschreven in het zorgdossier" bedoeld wordt. Ook geeft één derde aan "niet te weten welk beleid HWW zorg hanteert."

Aangenomen mag worden dat de inhoud van het beleid rondom persoonsgerichte zorg niet bekend is bij respondenten [verzorgenden] die geacht worden hier uitvoering aan te geven.

Op juiste wijze ontwikkelde regelgeving ontbreekt en medewerkers leven het beleid niet na. Met behulp van regels wordt niet datgene bereikt wat men beoogt heeft (DeHart-Davis et al., 2013). Door het ontbreken van coherent beleid, geven respondenten zelfstandig invulling aan het beleid rondom persoonsgerichte zorg.

Dit kan ertoe leiden dat legitimiteit van handelen ontbreekt, met andere woorden, medewerkers maar ook de raad van bestuur hebben onvoldoende houvast om het beleid te kunnen verantwoorden naar de client en/of derden (zoals toezichthouders). Tevens bestaat het risico dat men alternatieve werkwijzen ontwikkelt waardoor het oorspronkelijke beleid vervormd wordt en men eigen werkwijzen creëert. Door deze herinterpretatie van regels stelt de bureaucrat [verzorgende] uiteindelijk zijn eigen beleid op (Lipsky, 1980).

4. Er wordt door de respondenten een onderscheid gemaakt tussen protocollen en beleid. Driekwart van de respondenten gebruikt protocollen als naslagwerk. Bijna de helft van de respondenten handelt op routine. Dit sluit aan op de uitspraak van de bestuurder van HWW zorg die beleid (in dit geval protocollen) ziet als een "gestold iets."

Veertien van de zestien respondenten geven aan dat de afspraken zoals beschreven in het elektronisch zorgdossier en het medicatievoorschrijfsysteem richting geven aan het dagelijks handelen. Met name teveel veranderingen binnen korte tijd en onvoldoende tijd en/of bezetting kunnen belemmerend werken bij de uitvoer van beleid. Uit zeven interviews blijkt dat het afstemmen van beleid plaats vindt via mondelinge communicatie.

Uit bovenstaande kan afgeleid worden dat:

A. de vereiste (vaktechnische) deskundigheid die behoort bij een professionele organisatie *niet* via reguliere kennisoverdracht, zoals het raadplegen van een kwaliteitssysteem of het bijhouden van vakliteratuur, tot stand komt. Met betrekking tot deskundigheid ten aanzien van verpleegtechnische werkwijzen reageren de respondenten dikwijls reactief; men raadpleegt protocollen indien men onzeker is over de uitvoer ervan of deze lang tijd niet heeft uitgevoerd. Hierdoor kunnen belangrijke veranderingen binnen protocollen gemist worden wat gevolgen kan hebben voor de kwaliteit van zorgverlening.

B. Het zorgdossier en het medicatievoorschrijfsysteem zijn twee belangrijke

instrumenten die richting geven aan het dagelijks handelen van de respondenten.

C. Het delen van informatie door middel van mondelinge overdracht en (in)formeel teamoverleg een hulpmiddel is om kennis over beleid tot zich te nemen. Dit laatste brengt echter risico's met zich mee, afspraken kunnen vervormd worden waardoor eenduidigheid en de effectiviteit ervan verloren gaat.

5. Gezien punt 4 lijkt het des te opmerkelijker dat het vastleggen van beleid de helft van de respondenten houvast geeft, uit de antwoorden blijkt echter dat men hierbij veelal refereert aan het gebruik van het zorgdossier.

Het vastleggen van beleid draagt sommige respondenten bij aan de legitimiteit ervan, de verzorgende kan door te verwijzen naar het beleid dit onderbouwen richting derden. Dit sluit aan bij de theorie van DeHart-Davis (2009) die beschrijft dat door regels op te stellen en toe te passen organisaties medewerkers empoweren, en men rechtvaardigheid en vertrouwen genereert. Volgens een kwart van de respondenten is het belangrijk dat het beleid aansluit bij de wensen van de client. Alle respondenten waren van mening dat het beleid in een begrijpelijke taal was beschreven, in dit geval refereerden men aan de protocollen. Ook deze aspecten sluiten aan bij de theorie van DeHart-Davis (2009) waarin het belang van het op schrift stellen van regels wordt benadrukt.

Reeds eerder in dit hoofdstuk is geconcludeerd dat beleid rondom persoonsgerichte zorg niet bekend is bij de respondenten. Echter datgene wat de respondenten aanmerken als *beleid namelijk het werken met het zorgdossier, medicatievoorschrijfsysteem en het uitvoeren van protocollen wordt gekwalificeerd als 'houvast.'*

6. Datgene wat door de respondenten aangemerkt wordt als beleid wordt gesplitst in twee onderdelen namelijk 'het beleid' en 'protocollen.' Wat het beleid/protocollen voorschrijft hoeft echter niet altijd passend te zijn bij de voorkeuren en behoeften van de client. De respondenten maken dan ook gebruik van hun autonomie om zorg op maat te kunnen verlenen. Het maken van afwegingen komt enerzijds voort uit het clientperspectief waarbij het belang van de client als uitgangspunt dient. Anderzijds het medewerker perspectief waarbij de mate van bezetting en het werken met uitzendkrachten van invloed is op de afwegingen die men maakt.

Een gevolg hiervan is dat men met regelmaat afwijkt van het beleid en de protocollen. *Er is dan ook sprake van een bepaalde mate van non-compliance.* Protocollen worden veelal gebruikt als naslagwerk en respondenten geven aan te werken op routine indien het verpleegtechnische handelingen betreft. Dit sluit aan op de bevinding van Lipsky (1980) die beschrijft dat verschillende complicerende factoren zoals een tekort aan personeel, beperkte tijd voor de uitvoer van werkzaamheden en het missen van expertise kan leiden tot non-compliance.

Non-compliance brengt risico's met zich mee; (1) Eenduidigheid en efficiency kunnen verloren gaan waardoor het ontbreekt aan structuur. Dit kan nadelige gevolgen hebben voor de cliënt. (2) De verzorgende ontbreekt het aan actuele verpleegtechnische kennis waardoor er een gevaar kan ontstaan voor de cliënt.

7. Hoe positiever directe collega's zijn over het beleid hoe meer men zich wil inspannen om hieraan uitvoer te geven (Tummers et al., 2012). Uit de resultaten mag afgeleid worden dat deze stelling binnen HWW zorg genuanceerder ligt. *Indien collega's positief zijn over een werkwijze dan wordt deze veelal overgenomen.* Echter een aantal respondenten merkten op dat ze liever zelf de werkwijze uitproberen voordat ze deze omarmen. Ook de match tussen de medewerker, de client en werkwijze was volgens twee respondenten van belang. Deze laatste bevinding sluit aan bij de theorie van

Maynard-Moody en Musheno (2003) die beschrijven dat er spanningen kunnen ontstaan indien er geen match is tussen regels en procedures, het oordeel van de bureaucrat en de gedragingen van de client.

8. Wet- en regelgeving zorgt ervoor dat bij uitvoer 'alle gevallen gelijk' of 'alle gevallen ongelijk' worden behandeld, op deze manier wordt willekeur voorkomen (Bekkers, 2012). Echter bij persoonsgerichte zorg staat de uniciteit van de client centraal. Dit vraagt om zorgverlening op maat. Belangrijke voorwaarde om zorg op maat te kunnen verlenen is een bepaalde mate van autonomie. Autonomie is zelfs een voorwaarde voor street-level bureaucrats [in dit geval verzorgenden] om hun werk te kunnen doen aangezien de voorgeschreven werkwijzen niet altijd passend zijn bij specifieke situaties, aldus Lipsky (1980). De respondenten geven dan ook aan dat zelfstandig prioriteren van handelingen, het prioriteren van tijd en het ruimte hebben voor inbreng, randvoorwaarden zijn om hun werk te kunnen doen.

Uit de resultaten blijkt dat de respondenten met regelmaat afwijken van werkwijzen. Ze geven zelfstandig invulling aan hun dagelijkse werkzaamheden, er is sprake van een bepaalde mate van autonomie. De respondenten voeren diverse redenen aan om af te wijken van werkwijzen, dit mag in het belang- of op verzoek van de client. Hierbij rekening houdend met het ritme of ziektebeeld.

De mate van bezetting en of men werkt met uitzendkrachten is van invloed op de afweging hoe men werkwijzen uitvoert.

Het bieden van passende zorgverlening en het vasthouden aan structuur is onlosmakelijk verbonden aan de afwegingen die worden gemaakt tijdens de dagelijkse zorgverlening.

Ook de persoonlijkheid van de client is van invloed op het handelen van de respondenten. Inzicht hebben in de persoonlijkheid van de client helpt de helft van de respondenten om richting te geven aan de wijze waarop ze invulling geven aan hun handelen zoals de wijze waarop ze een client benaderen.

9. *Het naleven van beleid heeft meerwaarde voor de client aldus respondenten;* hierdoor kan volgens één derde schade aan de client worden voorkomen. Ook heeft de client baat bij duidelijke afspraken, dit voorkomt verwarring. Het naleven van beleid draagt bij aan regelmaat en bevordert kwaliteit van zorgverlening. Ook leidt het tot efficiënte zorgverlening waardoor er meer tijd kan worden besteed aan de cliënt. Voorwaarde is wel dat ieder teamlid zich dient te houden aan afspraken. De inzet van uitzendkrachten kan daardoor van invloed zijn op de kwaliteit van zorgverlening.

De helft van de respondenten geeft aan dat beleid behulpzaam is bij het structureren van werkzaamheden. Zou beleid niet aanwezig zijn dan leidt dit tot "chaos."

De mogelijkheid om af te wijken van beleid komt ten goede komt aan het welbevinden van de client, aldus ruim één derde van de respondenten. Deze laatste opmerking komt overeen met de bevinding van Tummers en Bekkers (2014) die beschrijven dat autonomie toegevoegde waarde genereert voor de client.

10. Aanvullend op bovenstaande deelconclusies mag *gesteld worden dat medewerkers moeten beschikken over flexibiliteit, sensitiviteit en vakinhoudelijke expertise om kwaliteit van zorg te kunnen genereren.* Persoonsgerichte zorg wordt met name omschreven in abstracte termen zoals uniek zijn en compassie hebben met een client. Wensen en behoeften komen niet altijd overeen met datgene wat beleid voorschrijft of wat men (als gevolg van arbeidskrapte) kan bieden. Dit vraagt om sensitiviteit en inlevingsvermogen van een verzorgende. Tevens is er krapte op de arbeidsmarkt waardoor een vaste bezetting dikwijls ontbreekt wat zijn weerslag heeft op het handelen

van de verzorgenden. Dit vraagt om een flexibele werkhouding. Ook worden verzorgenden geacht inhoudelijk deskundig te zijn, dus kunnen handelen zoals het protocol voorschrijft en kennis te hebben over relevante ziektebeelden en uitingsvormen hiervan. In geval van incidenten of calamiteiten dient de verzorgende verantwoording af te leggen over zijn/haar handelen. Uit de interviews blijkt dan ook dat bovenstaande in de dagelijkse praktijk spanningen met zich meebrengt waarbij men (onbewust) afweegt of men beleid/protocollen navolgt of men eigen invulling geeft aan handelingen. Gezien bovenstaande mag geconcludeerd worden dat een groot beroep gedaan wordt op deze MBO opgeleide medewerkers die zich dagelijks geconfronteerd zien met dilemma's waarvoor eenvoudigweg geen ideale oplossing bestaat, de zogenaamde 'wicked problems.'

§5.5 EVALUATIE RESULTATEN

In deze paragraaf worden de resultaten aan de hand van, in een eerder stadium geformuleerde verwachtingen (zie paragraaf 3.1), getoetst. Door deze te toetsen worden eventuele zwakheden binnen het onderzoek duidelijk.

Verwacht werd dat het naleven van beleid ontstaat wanneer er *bereidheid* is onder de verzorgende van HWW zorg *om uitvoer te geven* hieraan, dit zou leiden tot meerwaarde voor de client met betrekking tot persoonsgerichte zorg.

Tijdens de documentanalyse bleek dat het beleid rondom persoonsgerichte zorg uit 'visie-achtige' documenten bestaat die met name op managementniveau worden gehanteerd. Tijdens de interviews werd dit bevestigd; de respondenten kwalificeerden dan ook andere documenten en tools dan aanvankelijk verwacht als 'beleid.' Het bleek dan ook niet mogelijk om een rechtstreeks verband te trekken tussen het door het management van HWW zorg aangemerkte beleid rondom persoonsgerichte zorg en de uitvoer daarvan door de verzorgenden.

Ook de verwachting dat de wijze *waarop* beleid is geformuleerd van invloed is op naleving ervan door de verzorgenden binnen HWW zorg, zou leiden tot meerwaarde voor de client met betrekking tot persoonsgerichte zorg, werd bijgesteld. De respondenten bleek 'het beleid' en 'protocollen' als twee onderdelen te bestempelen. Bij 'het beleid,' werd, onder andere, gerefereerd aan werkwijzen rondom het zorgdossier en het medicatievoorschrijfsysteem. Tijdens de interviews is dan ook met name doorgevraagd over de wijze waarop deze specifieke documenten geformuleerd en toegankelijk zijn.

De verwachting dat, indien verzorgenden binnen HWW zorg autonomie ervaren bij het toepassen van beleid dit tot meerwaarde leidt voor de client met betrekking tot persoonsgerichte zorg, leverde tijdens de interviews mooie gesprekken en inzichten op. Aangezien de respondenten veelal vol passie over hun vak praatten en hierdoor in details verzanden was het van belang om tijdens het interview de rode draad vast te houden. Tegelijkertijd werd duidelijk dat de respondenten ieder een eigen invulling gaven aan het begrip autonomie en de uitwerking hiervan in de praktijk. Dit leverde een variëteit aan antwoorden op waardoor tijdens het coderen een balans moest worden gezocht naar enerzijds een eenduidige labeling en anderzijds oog voor nuance verschillen.

De vierde en laatste verwachting luidt; compliance aan beleid en autonomie zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar. Indien er sprake is van een match tussen deze factoren dan leidt dit tot meerwaarde voor de client met betrekking tot persoonsgerichte zorg.

Deze laatste verwachting kwam bij het uitwerken van alle onderdelen van de interviews naar voren. Reeds tijdens de gesprekken bleek dat de onderzoeker attent moest zijn om deze twee elementen goed te scheiden en te verduidelijken richting de respondent. Aangezien de interviews laagdrempelig waren ingestoken en de vragen nogal eens door elkaar liepen bleek het coderen van de transcripties een ware uitdaging. Om deze twee elementen op de juiste wijze te kunnen ontrafelen en duiden moest er een scherp onderscheid gemaakt worden tussen compliance en autonomie. Compliant zijn aan; namelijk het naleven van beleid/protocollen, hoe doen verzorgenden dat? Autonomie; de wijze waarop men afwegingen maakt; wat speelt een rol bij het maken van afwegingen?

HOOFDSTUK 6 CONCLUSIES & AANBEVELINGEN

In hoofdstuk 5 is reeds een aantal tussentijdse bevindingen beschreven. In dit hoofdstuk worden de uiteindelijke conclusies en aanbevelingen geformuleerd. Voorafgaand aan de conclusies wordt allereerst antwoord gegeven op de deelvragen 1, 2 en 3. Vervolgens worden aan de hand van de deelvragen 4 en 5 conclusies geformuleerd die uiteindelijk antwoord geven op de centrale vraagstelling namelijk; 'Wat is de invloed van compliance en autonomie op het creëren van meerwaarde voor de cliënt met betrekking tot persoonsgerichte zorg volgens zorgmedewerkers binnen de verpleeghuizen van HWW zorg.' Aan de hand van deze conclusies worden in paragraaf 6.2 de aanbevelingen beschreven.

§ 6.1 BEANTWOORDING DEELVRAGEN 1-3

Deelvraag 1 luidt 'Wat wordt in de literatuur verstaan onder *compliance aan beleid*.' Door middel van literatuurstudie is; (1) Inzicht gegeven over het begrip compliance. (2) De relatie tussen compliance en de uitvoer van beleid toegelicht. Hierbij speelt de bereidwilligheid van de medewerker om beleid te implementeren een belangrijke rol. (3) Het begrip binnen de zorgverlening geduid door gebruikmaking van de 'green tape theory.' Binnen deze theorie staat effectiviteit van regels [regelformalisatie] binnen organisaties centraal. Effectieve regelgeving resulteert in 'goede regels die nageleefd worden door medewerkers' (DeHart-Davis, 2013, p.333).

In deelvraag 2 wordt de vraag gesteld wat verstaan wordt onder *autonomie*. Door middel van literatuurstudie is; (1) Inzicht gegeven over het begrip autonomie. (2) Het begrip binnen de zorgverlening geduid door gebruikmaking van literatuur over street-level bureaucracy waarbij de interactie tussen medewerkers en de burger centraal staat. (3) De relatie tussen autonomie en management wordt beschreven waarbij duidelijk wordt dat medewerkers zich kunnen onttrekken aan organisatiedoelstellingen door gebruikmaking van hun autonomie. (4) Autonomie vanuit een clientperspectief beschreven waarbij enerzijds de client baat kan hebben doordat er zorg op maat kan worden verstrekt en anderzijds tekort kan worden gedaan doordat medewerkers, door gebruikmaking van autonomie, beleid op eigen wijze interpreteren.

In hoofdstuk 4 staat beschreven hoe het beleid met betrekking tot persoonsgerichte zorg binnen HWW zorg is vormgegeven. Hieruit blijkt dat de organisatie op verschillende wijzen het begrip vertaald heeft in haar beleid. Er wordt, onder andere, gebruik gemaakt van landelijk vastgestelde kaders (Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg) en protocollen (KICK protocollen). Tegelijkertijd vormt persoonsgerichte zorg onderdeel van interne documentatie zoals het visiedocument en vindt het een plaats in het elektronisch cliëntendossier. Door een inventarisatie van de documenten wordt deelvraag 3 beantwoord; 'Hoe is het beleid met betrekking tot persoonsgerichte zorg binnen HWW zorg vormgegeven.'

§ 6.1 CONCLUSIES

In deze paragraaf worden de conclusies geformuleerd aan de hand van de deelvragen 4 en 5. Er wordt ook antwoord gegeven op de centrale vraagstelling.

Deelvraag 4 luidt; 'In hoeverre zijn de zorgmedewerkers van HWW zorg compliant aan beleid met betrekking tot persoonsgerichte zorg.' Uit de resultaten zoals de documentanalyse en het empirisch onderzoek blijkt dat het beleid rondom persoonsgerichte zorg binnen HWW zorg versnipperd is. De separate documenten hebben niet altijd een relatie met elkaar en de link met de visie van de organisatie en het landelijk kwaliteitskader ontbreekt. Aansluitend hierop blijkt dat ruim één derde van de respondenten denkt dat met het beleid rondom persoonsgerichte zorg "het naleven van afspraken zoals beschreven in het zorgdossier" bedoeld wordt. Ook één derde geeft aan "niet te weten welk beleid HWW zorg hanteert."

Er wordt door de respondenten een onderscheid gemaakt tussen *protocollen* en *beleid*. Driekwart van de respondenten gebruikt protocollen als naslagwerk. Bijna de helft van de respondenten handelt op basis van routine.

Met betrekking tot deskundigheid ten aanzien van verpleegtechnische werkwijzen reageren de respondenten dikwijls reactief; men raadpleegt protocollen indien men onzeker is over de uitvoer ervan of deze lang tijd niet heeft uitgevoerd. Hierdoor kunnen belangrijke veranderingen binnen protocollen gemist worden wat gevolgen kan hebben voor de kwaliteit van zorgverlening.

Het delen van informatie door middel van mondelinge overdracht en (in)formeel teamoverleg een hulpmiddel is om kennis over beleid tot zich te nemen. Dit laatste brengt echter risico's met zich mee, afspraken kunnen vervormd worden waardoor eenduidigheid en de effectiviteit ervan verloren gaat. Uit de resultaten kwam tevens naar voren dat het zorgdossier en het medicatievoorschriftsysteem twee belangrijke instrumenten zijn die richting geven aan het dagelijks handelen van de respondenten. In het dossier zijn onderdelen opgenomen die gelinkt zijn aan persoonsgerichte zorg, waardoor, onder andere, de wensen en behoeften van de client 'op papier' tot uitdrukking komen.

Conclusie

Op basis van bovenstaande mag aangenomen worden dat de inhoud van het beleid rondom persoonsgerichte zorg niet of nauwelijks bekend is bij respondenten [verzorgenden] die geacht worden hier uitvoering aan te geven.

Door het ontbreken van enerzijds coherent beleid en anderzijds onbekendheid met het beleid rondom persoonsgerichte zorg geven respondenten zelfstandig invulling hier aan. Tevens blijkt dat protocollen nauwelijks of slechts reactief geraadpleegd worden. Hierdoor kunnen belangrijke veranderingen binnen protocollen gemist worden. Doordat het zorgdossier richtinggevend is aan het handelen. In het dossier komen echter wel enkele aspecten van persoonsgerichte zorg tot uitdrukking.

Geconcludeerd wordt dat er sprake is van een bepaalde mate van non-compliance, met andere woorden, respondenten zijn deels niet compliant aan beleid met betrekking tot persoonsgerichte zorg. Non-compliance brengt risico's met zich mee; (1) Eenduidigheid en efficiency kunnen verloren gaan waardoor het ontbreekt aan structuur. Dit kan nadelige gevolgen hebben voor de cliënt. (2) De verzorgende ontbreekt het aan actuele verpleegtechnische kennis waardoor er een gevaar kan ontstaan voor de cliënt.

De wijze waarop zorgmedewerkers van HWW zorg invulling geven aan het begrip autonomie met betrekking tot persoonsgerichte zorg (deelvraag 5) blijkt uit meerdere aspecten; (1) De respondenten geven aan dat zelfstandig prioriteren van handelingen, het prioriteren van tijd en het ruimte hebben voor inbreng, randvoorwaarden zijn om hun

werk te kunnen doen. (2) De respondenten voeren diverse redenen aan om af te wijken van werkwijzen, dit mag in het belang- of op verzoek van de client. Hierbij rekening houdend met het ritme of ziektebeeld. (3) De mate van bezetting en of men werkt met uitzendkrachten is van invloed op de afweging hoe men werkwijzen uitvoert. (4) Het bieden van passende zorgverlening en het vasthouden aan structuur is onlosmakelijk verbonden aan de afwegingen die worden gemaakt tijdens de dagelijkse zorgverlening. (5) Ook de persoonlijkheid van de client is van invloed op het handelen van de respondenten. Inzicht hebben in de persoonlijkheid van de client helpt de helft van de respondenten om richting te geven aan de wijze waarop ze invulling geven aan hun handelen zoals de wijze waarop ze een client benaderen. De respondenten maken dan ook gebruik van hun autonomie om zorg op maat te kunnen verlenen. Het maken van afwegingen komt enerzijds voort uit het clientperspectief waarbij het belang van de client als uitgangspunt dient. Anderzijds het medewerker perspectief waarbij de mate van bezetting en het werken met uitzendkrachten van invloed is op de afwegingen die men maakt.

Conclusie

Bij persoonsgerichte zorg staat de uniciteit van de client centraal. Dit vraagt om zorgverlening op maat. Belangrijke voorwaarde om zorg op maat te kunnen verlenen is een bepaalde mate van autonomie. Uit de resultaten mag geconcludeerd worden dat de respondenten zelfstandig invulling geven aan hun dagelijkse werkzaamheden, er is sprake van een bepaalde mate van autonomie. Dit blijkt uit het gegeven dat respondenten zelfstandig handelingen prioriteren, redenen aanvoeren om af te wijken van werkwijzen en eigen invulling geven aan datgene wat men als 'passende zorgverlening' aanmerkt. Het maken van afwegingen komt enerzijds voort uit het clientperspectief waarbij het belang van de client als uitgangspunt dient. Anderzijds het medewerker perspectief waarbij de mate van bezetting en het werken met uitzendkrachten van invloed is op de afwegingen die men maakt.

Naast het creëren van zorg op maat is er ook een keerzijde aan autonomie; het zelfstandig invulling geven aan het beleid rondom persoonsgerichte zorg kan ertoe leiden dat legitimiteit van handelen ontbreekt, met andere woorden, medewerkers maar ook de raad van bestuur hebben onvoldoende houvast om het beleid te kunnen verantwoorden naar de client en/of derden (zoals toezichthouders). Tevens bestaat het risico dat men alternatieve werkwijzen ontwikkelt waardoor het oorspronkelijke beleid vervormd wordt en men eigen werkwijzen creëert. Door deze herinterpretatie van regels stelt de respondent uiteindelijk zijn eigen beleid waardoor het effect dat wet- en regelgeving beoogt namelijk dat bij uitvoer 'alle gevallen gelijk' of 'alle gevallen ongelijk' worden behandeld, verloren gaat.

Het beantwoorden van bovenstaande deelvragen resulteert uiteindelijk in beantwoording van de centrale vraagstelling namelijk; 'Wat is de invloed van compliance en autonomie op het creëren van meerwaarde voor de cliënt met betrekking tot persoonsgerichte zorg volgens zorgmedewerkers binnen de verpleeghuizen van HWW zorg.'

Het naleven van beleid [compliance] heeft meerwaarde voor de client omdat hierdoor (1) volgens één derde schade aan de client kan worden voorkomen. Ook heeft de client (2) baat bij duidelijke afspraken, dit voorkomt verwarring. Het (3) naleven van beleid draagt bij aan regelmaat en bevordert kwaliteit van zorgverlening. Ook leidt het tot efficiënte

zorgverlening waardoor er meer tijd kan worden besteed aan de cliënt. De helft van de respondenten geeft aan dat (4) beleid behulpzaam is bij het structureren van werkzaamheden.

Uit de resultaten blijkt dat de respondenten met regelmaat afwijken van werkwijzen. Ze geven zelfstandig invulling aan hun dagelijkse werkzaamheden, er is sprake van een bepaalde mate van autonomie. De mogelijkheid om af te wijken van beleid komt ten goede aan het welbevinden van de client, aldus ruim één derde van de respondenten. De respondenten geven dan ook aan dat zelfstandig prioriteren van handelingen, het prioriteren van tijd en het ruimte hebben voor inbreng, randvoorwaarden zijn om hun werk te kunnen doen.

Uit alle gesprekken blijkt dat het bieden van *passende zorgverlening* en het *vasthouden aan structuur* onlosmakelijk verbonden zijn aan de afwegingen die worden gemaakt tijdens de dagelijkse zorgverlening.

Conclusie

Volgens de respondenten levert het *naleven van beleid, oftewel compliant zijn, én autonomie meerwaarde op ten aanzien van de client.*

Het naleven van beleid creëert volgens de respondenten meerwaarde doordat schade aan de client voorkomen wordt en het duidelijkheid ten aanzien van de client genereert. Tegelijkertijd schept beleid structuur en leidt het tot efficiënte zorgverlening waardoor er meer tijd besteed kan worden aan de client.

De mogelijkheid om af te wijken van het beleid komt ten goede aan het welbevinden van de client, zo kan er bijvoorbeeld rekening gehouden worden met het ritme en/of ziektebeeld van de client, er is dus sprake van meerwaarde. Zelfstandig prioriteiten aan kunnen brengen is hierbij een belangrijke randvoorwaarde.

§ 6.2 AANBEVELINGEN

Aansluitend op de omschreven conclusies, worden in deze paragraaf aanbevelingen geformuleerd. Deze geven antwoord op deelvraag 6 'welke aanbevelingen kunnen gedaan worden aan het bestuur van HWW zorg om de uitvoer van persoonsgerichte zorg door zorgmedewerkers te optimaliseren.' Niet alleen voor de raad van bestuur zijn de conclusies en aanbevelingen interessant, tevens bieden deze handvatten aan degene die binnen de organisatie uitvoer geven aan de implementatie van het beleid zoals stafmedewerkers. Ook kunnen ze inzicht bieden aan zorgmedewerkers, het biedt immers inzicht in de wijze waarop men, onbewust, de praktijk van alledag uitvoert.

1. Steek energie in het uitwerken van effectief beleid met betrekking tot persoonsgerichte zorg; met effectiviteit wordt bedoeld dat men datgene bereikt wat men beoogt heeft (DeHart-Davis et al., 2013). Een aantal aspecten is hierbij van belang:

- de inhoud van het beleid moet aansluiten op datgene wat verzorgenden zien als meerwaarde voor de client
- het beleid bevat een optimale controle – het beleid is niet geheel vrijblijvend maar er is sprake van scharrelruimte [zoals verwoord door de bestuurder], een bepaalde mate van autonomie is mogelijk
de bedoeling van het beleid wordt begrepen door de medewerkers
- het beleid wordt op schrift gesteld, dit geeft houvast en aan uitvoerenden, tegelijkertijd genereert het legitimiteit

- het beleid dient aan te sluiten op de werkzaamheden, het dient in de praktijk bruikbaar te zijn

2. Uit het onderzoek bleek dat het gebruik van het elektronisch cliëntendossier, medicatievoorschriftsysteem (twee praktische tools) en het werken met protocollen richtinggevend zijn voor het handelen van de medewerker. De opzet van deze tools kan behulpzaam zijn voor uitwerking van beleid en aanverwante praktische werkwijzen.

3. Aanvullend op bovenstaande; betrek verzorgenden bij het uitwerken van effectief beleid waarbij compliant zijn aan en een bepaalde mate van autonomie belangrijke voorwaarden zijn.

Verzorgenden, de 'handen aan het bed,' die binnen HWW zorg 45% van het totaal aantal zorgmedewerkers uitmaken, spelen een cruciale rol bij de wijze waarop uitvoering wordt gegeven aan beleid/protocollen. Hoe zij dit doen kan van invloed zijn op de kwaliteit van zorgverlening en inherent hieraan de ervaren mate van meerwaarde door de client. Door medewerkers te betrekken kan tegelijkertijd bewustzijn worden gecreëerd over het belang van navolgen van beleid (doen wat je met elkaar afgesproken hebt) en hoe je dat doet (door het naleven van protocollen en het genereren van kennis). Door het betrekken van verzorgenden bij het uitwerken van beleid kan enerzijds vervreemding ervan voorkomen worden, anderzijds kan men zich niet zo gemakkelijk onttrekken aan doelstellingen doordat men zelf aandeel heeft gehad in het formuleren van deze doelen.

4. Bespreek de bevindingen, conclusies en aanbevelingen van het onderzoek met de zorgmedewerkers. Uit het empirisch onderzoek bleek dat dit type medewerkers niet gewend is te reflecteren op hun eigen handelen. Door de onderzoeksresultaten te bespreken op een wijze die aansluit bij het functieniveau kan inzicht worden gegenereerd in hoe medewerkers denken en handelen. Dit kan ertoe leiden dat er bewustwording optreedt ten aanzien van de voor- en nadelen van het navolgen van beleid en het eigen invulling geven van werkzaamheden. Doel is dat de voordelen omarmt en worden gekoesterd en de nadelen zo veel als mogelijk vermeden worden.

5. Overweeg een herinrichting van de huidige organisatiestructuur; afgevraagd kan worden of de huidige bureaucratisch ingegeven organisatiestructuur voldoet bij de inhoud van de werkzaamheden welke meer passend zijn bij een professionele organisatiestructuur. Een aantal aspecten zijn bij deze analyse van belang; Uit de resultaten blijkt dat respondenten aangeven gebaat te zijn bij structuur. Tegelijkertijd is autonomie een voorwaarde bij de uitvoer van werkzaamheden. Het proactief genereren van expertise is van belang om kwaliteit van zorg, tot in bepaalde mate, te kunnen garanderen.

Vervolgonderzoek

6. In één van de bevindingen geformuleerd in hoofdstuk 5 is beschreven dat een groot beroep wordt gedaan op verzorgenden die zich dagelijks geconfronteerd zien met dilemma's waarvoor eenvoudigweg geen ideale oplossing bestaat, de zogenaamde 'wicked problems.' Door (1) de vergrijzing binnen Nederland, (2) de toenemende problematiek rondom de financiering die deze vergrijzing met zich meebrengt en (3) de reeds aanwezige arbeidsmarktproblematiek leidt tot een niet-aflatende druk op verzorgenden binnen de VVT-sector. Dit laatste geeft aanleiding om vervolgonderzoek te doen naar de wijze waarop verzorgenden effectief en efficiënt hun werk kunnen doen die de ervaren kwaliteit van zorgverlening ten goede komt.

HOOFDSTUK 7 REFLECTIE

In dit hoofdstuk wordt gereflecteerd op het proces dat heeft geleid tot de totstandkoming van het onderzoek.

In de dagelijkse praktijk houd ik mij vanuit mijn functie als stafadviseur kwaliteit binnen HWW zorg bezig met de vertaling van wet- en regelgeving naar visiestukken en werkwijzen. Als 'spin in het web' heb ik contacten op bestuurlijk niveau maar ook met uitvoerend medewerkers zoals verzorgenden en verpleegkundigen als ook behandelaars zoals fysiotherapeuten en artsen.

Het vraagstuk rondom autonomie en compliance en of dit meerwaarde genereert voor de client is nog altijd een actueel onderwerp dat mijn interesse heeft. Waarom dit onderwerp zo interessant is wordt hieronder toegelicht;

In de afgelopen jaren hebben binnen de VVT sector grote veranderingen plaatsgevonden mede ingegeven door maatschappelijke ontwikkelingen. De transitie van centrale bevoegdheden en financiën naar decentrale overheidsinstellingen zoals gemeenten. De bezuinigingen door het sluiten van verzorgingshuizen en het afkomen van productieplafonds waardoor tienduizenden medewerkers, met name, verzorgenden hun baan kwijtraakte. En het huidige programma 'de Juiste Zorg op de Juiste Plek' (ministerie VWS, 2019), waarbij men oplossingen zoekt voor de vergrijzings- en arbeidsmarktproblematiekproblematiek door zorg te voorkomen, te verplaatsen of e-health in te zetten.

Bovenstaande ontwikkelingen hebben z'n weerslag op de zorgverlening, de cliëntenzorg wordt steeds complexer. Cliënten zijn zeer ziek als ze eenmaal opgenomen worden, gedragsproblematiek en meerdere lichamelijke aandoeningen zijn meer regel dan uitzondering. Aanvullend hierop kenmerkt een deel van de doelgroep van HWW zorg zich door problematiek zoals psychiatrische stoornissen, verslaving en schuldenproblematiek. Bijkomstig probleem is de krapte op de arbeidsmarkt, sommige locaties van HWW zorg draaien op +/- 50% niet-vast personeel zoals uitzendkrachten en flexwerkers. Degene die dag in, dag uit deze cliënten verzorgen en begeleiden zijn onze verzorgenden (niveau 3) veelal bijgestaan door helpenden (niveau 2). We [de maatschappij] verwacht ontzettend veel van deze medewerkers, ze moeten deskundig zijn, kunnen meebewegen met de client en (veeleisende) familie te woord staan. Een bijna onmogelijke opgave die er toe leidde mij te verdiepen in de twee aspecten die onlosmakelijk verbonden zijn met de zorgverlening autonomie en compliance.

Ondanks de keuze voor een bepaalde denkrichting binnen de literatuur namelijk die van de street-level bureaucrats, heb ik mij van te voren te weinig gerealiseerd dat vele (deel)aspecten onderdeel zijn van deze begrippen. Wellicht zijn binnen dit onderzoek teveel deelaspecten in de scope geplaatst waardoor het een scherpe focus mist. Mocht er nogmaals een onderzoek op mijn pad komen dan zal ik het aantal indicatoren beperken. Kwalitatief onderzoek heeft mij veel gebracht, hierdoor kwam ik letterlijk in gesprek met de verzorgenden en dat hielp mij hun antwoorden in een bepaalde context te plaatsen. In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat de interviews mooie gesprekken opleverende die verhelderend waren en nieuwe inzichten gaven ten aanzien van de dagelijkse zorgverlening.

Reflecteren op eigen handelen is echter geen regulier onderdeel van het takenpakket van verzorgenden. Hierdoor moesten respondenten af en toe geholpen worden met praktische voorbeelden en vroeg men zich regelmatig af of men 'de goede antwoorden

gaf.' Het gegeven dat ik de organisatie en haar werkwijzen en systemen ken hielp mij tijdens de gesprekken, ik kon antwoorden beter plaatsen. Dit laatste vormde ook een valkuil, soms ontstond de neiging om te snel invulling te geven aan uitspraken of om zelf voorbeelden te noemen.

Ik vind het opmerkelijk dat de resultaten van de gesprekken in hoge mate terug te voeren zijn op de literatuur die in een eerder stadium beschreven was. Ondanks dat er sprake is van andere beroepsgroepen in andere landen is een rode draad zichtbaar van aspecten die van invloed zijn op medewerkers die in de zogenaamde frontlinie werkzaam zijn. Ook de theorie van Lipsky is, ondanks dat deze in 1980 is gepubliceerd, nog altijd actueel.

Dit onderzoek heeft mij veel gebracht; het heeft me geholpen een complex vraagstuk op meerdere manieren te benaderen. Inzicht gegeven over de wijze waarop de overheid wicked problems binnen de gezondheidszorg probeert op te lossen. In praktische zin heeft het mij meer handvatten gegeven op welke wijze 'beleid' gesimplificeerd- en laagdrempelig aangeboden kan worden aan 'onze' zorgmedewerkers.

LITERATUURLIJST

Anderson, J. R., & Johnson, N. B. (2007, 17 februari). *On the relationship between work contexts, mandates and compliance behaviours of supervisors*. *Journal of Change Management*, 5(4), 381–390. <https://www.tandfonline-com.eur.idm.oclc.org/doi/pdf/10.1080/14697010500401508?needAccess=true>

Bekkers, V. J. J. M. (2012). *Beleid in beweging: achtergronden, benaderingen, fasen en aspecten van beleid in de publieke sector* (2e ed.). Den Haag, Nederland: Boom Lemma uitgever

Brancheorganisaties Zorg (2016). *Governancecode Zorg*. Geraadpleegd op 9-9-2018 van <http://www.governancecodezorg.nl/over-de-code/colofon/>

Borry, E. L., DeHart-Davis, L., Kaufmann, W., Merrit, C. C., Mohr, Z., & Tummers, L. (2018, 1 juni). *Formalization and consistency heighten organizational rule following: Experimental and survey evidence*. *Public Administration*, 96(2), 368–385. <https://onlinelibrary-wiley-com.eur.idm.oclc.org/doi/full/10.1111/padm.12407>

Borst H. & Gaemers C. (2016) *Scherp op ouderenzorg, Manifest*. Geraadpleegd op 19-9-2018 op <https://www.ad.nl/gezond/het-manifest-kunt-u-hier-lezen-en-ondertekenen~a0c31272/>

Bovens, M.A.P., 't Hart, P., & Van Twist, M.J.W. (2012). *Openbaar Bestuur: Beleid, Organisatie en Politiek* (8e ed.). Deventer, Nederland: Kluwer

College voor de Rechten van de Mens. (2016). *De cliënt centraal De betekenis van mensenrechten voor ouderen in verpleeghuizen*. Geraadpleegd op 12-9-2018 van [file:///C:/Users/anber.DESKTOP-A2UD43R/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/De%20Cliënt%20Centraal%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/anber.DESKTOP-A2UD43R/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/De%20Cliënt%20Centraal%20(1).pdf)

Eggink, E., Verbeek-Oudijk, D., & Pommer, E. (2013). *Burgers over de kwaliteit van publieke diensten, een terugblik op 2002-2010* (Sociaal en Cultureel Planbureau). Geraadpleegd op 5-9-2018 van [file:///C:/Users/anber.DESKTOP-A2UD43R/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Burgers%20over%20de%20kwaliteit%20van%20publieke%20diensten_web%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/anber.DESKTOP-A2UD43R/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Burgers%20over%20de%20kwaliteit%20van%20publieke%20diensten_web%20(3).pdf)

Evangelista, L. S. (1999, 1 maart). *Compliance: A concept analysis*. *Nursing Forum*, 34(1), 5–11. <https://onlinelibrary-wiley-com.eur.idm.oclc.org/doi/abs/10.1111/j.1744-6198.1999.tb00230.x>

DeHart-Davis, L. (2009, 1 september). *Green Tape and Public Employee Rule Abidance: Why organizational Rule Attributes Matter*. *Public Administration Review*, 5(69), 901–910. [file:///C:/Users/anber.DESKTOP-A2UD43R/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/DeHart-Davis-2009-Public_Administration_Review%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/anber.DESKTOP-A2UD43R/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/DeHart-Davis-2009-Public_Administration_Review%20(1).pdf)

DeHart-Davis, L., Chen, J., & Little, T.D. (2013, 13 september). *Written Versus Unwritten Rules: The Role of Rule Formalization in Green Tape*. *International Public Management Journal*, 16(3), 331–356. <https://www.tandfonline->

[com.eur.idm.oclc.org/doi/pdf/10.1080/10967494.2013.825193?needAccess=true](https://www.emeraldinsight-com.eur.idm.oclc.org/doi/pdf/10.1080/10967494.2013.825193?needAccess=true)

Harvey, C.L., Thompson, S., Willis, E., Meyer, A., & Pearson, M. (2018, 25 februari). *Understanding how nurses ration care*. *Journal of Health Organization and Management*, 32(3), 494–510.

<https://www.emeraldinsight-com.eur.idm.oclc.org/doi/pdfplus/10.1108/JHOM-09-2017-0248>

HWW zorg (Red.).(2019). *De mens centraal, persoonsgerichte zorg* [powerpoint presentatie]. Den Haag, Nederland: HWW zorg

HWW zorg (Red.).(2018). *Flyer Persoonsgerichte zorg*. Den Haag, Nederland: HWW zorg

HWW zorg (Red.). (2017). *Met visie bouwen aan de Haagse ouderenzorg*. Den Haag, Nederland: HWW zorg

HWW zorg (Red.). (2015). *Meerjarig Strategisch Beleidsplan HWW zorg 2015-2020 "Een glimlach op ieders gezicht !"*. Den Haag, Nederland: HWW zorg.

HWW zorg (Red.). (2019). *Persoonsgerichte zorg binnen HWW zorg*. Den Haag, Nederland: HWW zorg

HWW zorg (Red.).(2019). *Start, evaluatie en beëindiging zorg en dienstverlening in de longstay somatische en psychogeriatrische verpleeghuiszorg met behandeling (incl. in- en exclusie criteria)*. Den Haag, Nederland: HWW zorg

HWW zorg (Red.). (2015). *Visie HWW zorg 2015-2020*. Den Haag, Nederland: HWW zorg.

Ingram, T. L. (2009). *Compliance: A Concept Analysis* *Nursing Forum*, 44(3), 189–194. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.1999.tb00230.x>

Interligi, L. (2010, 1 mei). *Compliance culture: A conceptual framework*. *Journal of Management & Organization*, 16(2), 235–249 [file:///C:/Users/anber.DESKTOP-A2UD43R/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Compliance culture A conceptu.pdf](file:///C:/Users/anber.DESKTOP-A2UD43R/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Compliance%20culture%20A%20conceptu.pdf)

Maynard-Moody, S., & Musheno, M. (2000, 1 april). *State Agent or Citizen Agent: Two Narratives of Discretion*. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(2), 329–358. <https://academic-oup-com.eur.idm.oclc.org/jpart/article/10/2/329/986123>

Maynard-Moody, S., & Musheno, M. (2003). *Cops, Teachers, Counselors, Stories from the Front Lines of Public Service* (1e ed.). Michigan, United States of America: The University of Michigan Press.

Metselaar, E. E. (1997). *Assessing the willingness to change* (Construction and validation of the DINAMO). Geraadpleegd op 23-2-2019 van <http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/15590/283.pdf>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2019, 7 oktober). *Over ons*.

Geraadpleegd op 18 december 2019, van <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/over-ons>

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2000). *Professionals in de gezondheidszorg* (Geld moet zorg volgen). Geraadpleegd op 23-9-2018 van <https://www.raadrvs.nl/publicaties/item/professionals-in-de-gezondheidszorg>

Regieraad Kwaliteit van Zorg (2012). *Richtlijn voor Richtlijnen 20 criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn*. Geraadpleegd op 23-9-2018 van http://www.ha-ring.nl/download/literatuur/Richtlijn_voor_Richtlijnen_derde_herziene_versie.pdf

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Muir Gray, J.A., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996, 13 januari). Evidence Based Medicine: What It Is And What It Isn't: It's About Integrating Individual Clinical Expertise And The Best External Evidence. *British Medical Journal*, 00(312), 71–72. <https://www.jstor.org/stable/29730277>

Stoopendaal, A., & De Bree, M. (2014). *Evaluatieonderzoek systeemtoezicht op kwaliteit en veiligheid in de zorg Fase 1. De ontwikkeling van het instrumentarium en eerste ervaringen* (Erasmus Universiteit Rotterdam instituut Beleid & Management Gezondheidszorg). Geraadpleegd op 17-9-2018 van https://www.eur.nl/sites/corporate/files/Onderzoeksrapport_2014.03_0.pdf

Tummers, L.G., Steijn, A. J., & Bekkers, V.J.J.M. (2009, 1 september). *Policy Alienation of Public Professionals*. *Public Management Review*, 11(5), 685–706. <https://web-b-ebscohost-com.eur.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=db3e0ab9-2606-4a27-86c8-c52216a37aff%40sessionmgr120>

Tummers, L.G. (2011, 1 september). *Explaining the willingness of public professionals to implement new policies: a policy alienation framework*. *International Review of Administrative Sciences*, 3(77), 555–581. <https://journals-sagepub-com.eur.idm.oclc.org/action/doSearch?field1=Title&text1=explaining+the+willingness+of+public+professionals+to+implement+new+policies+a+policy+alienation+framework&Ppub=&Ppub=&AfterYear=BeforeYear=&access=>

Tummers, L.G., & Bekkers, V.J.J.M. (2014, 5 november). *Policy implementation, Street-level bureaucracy, and the importance of Discretion*. *Public Management Review*, 16(4), 527–547. <https://web-a-ebscohost-com.eur.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=4478118e-b49d-424c-8e89-956da3edd989%40sessionmgr4008>

Tummers, L.G., Steijn, B., & Bekkers, V.J.J.M. (2012, 1 september). *The willingness of public professionals to implement public policies*. *Public Administration*, 3(90), 716–736. <https://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=79781481&S=R&D=buh&EbscoContent=dGJyMNHr7ESeprA4wtvhOLCmr1CeprVSsay4SLWWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGptU%2B0prBQuePfgex44Dt6fIA>

Van de Bovenkamp, H., Stoopendaal, A., Van den Bochove, M., Hoogendijk, H., & Bal, R. (zonder jaar). *Persoonsgerichte zorg, regeldruk en regelruimte: van regelreflex naar spiegelreflex* (Onderdeel van het kennisprogramma Waardigheid en Trots, Erasmus

School of Health, Policy & Management). Geraadpleegd op 22-5-2019 van https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2018/07/WT_Eindrapportage_thema_4.pdf

Van Campen, C., & Verbeek-Oudijk, D. (2017). *Gelukkig in een verpleeghuis? Ervaren kwaliteit van leven en zorg van ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen* (Sociaal en Cultureel Planbureau). Geraadpleegd op 5-9-2018 van [file:///C:/Users/anber.DESKTOP-A2UD43R/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Gelukkig%20in%20een%20verpleeghuis_web%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/anber.DESKTOP-A2UD43R/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Gelukkig%20in%20een%20verpleeghuis_web%20(1).pdf)

Van Campen, C. (2011) *Kwetsbare ouderen* (Sociaal en Cultureel Planbureau) Geraadpleegd op 5-9-2018 van file [file:///C:/Users/anber.DESKTOP-A2UD43R/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/http_www.scp.nl_8080_gvisapi_dsplug%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/anber.DESKTOP-A2UD43R/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/http_www.scp.nl_8080_gvisapi_dsplug%20(1).pdf)

Van Dale- Woordenboek – geraadpleegd op 13-1-2019 van <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/autonomie#.XDs9ifZFw2x>

Van Loon, E. (2015). *Reflexive Standardization and Standardized Reflexivity* (Proefschrift, Erasmus Universiteit). Geraadpleegd op 20-2-2019 van [file:///C:/Users/anber.DESKTOP-A2UD43R/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Reflexive-Standardization-proefschrift-versie-1.2-30-3-2015%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/anber.DESKTOP-A2UD43R/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Reflexive-Standardization-proefschrift-versie-1.2-30-3-2015%20(1).pdf)

Van Thiel, S. (2015). *Bestuurskundige onderzoek* (3e ed.). Bussum, Nederland: Coutinho.

Van Verschuren, P., & Doorewaard, H. (2015). *Het ontwerpen van een onderzoek* (5e ed.). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

V&VN, BOZ, NU91, MBO Raad, & Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde (geen jaartal). *Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en de verzorging*. Geraadpleegd op 19-11-2018 van <https://www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/Beroepsprofiel/Beroepsprofiel%20verzorgende%20IG.pdf>

Vermeulen, H., Berben, S., & Heinen, M. (2017, 10 juli). *Evidence based richtlijnen, werken volgens de laatste stand van wetenschap*. Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg, 1(49), 67–68. Geraadpleegd op 23-9-2018 van https://www.researchgate.net/publication/318328932_Evidence_based_richtlijnen_werken_volgens_de_laatste_stand_van_wetenschap

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). (2011). *Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*. Geraadpleegd op 23-9-2018 van <https://www.venvn.nl/Portals/30/Thema/Verpleegkundige%20Indicatiestelling/20111129%20Richtlijn%20verslaglegging%208%20sept%202011.pdf>

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). (2014). *Hulpmiddelen voor het indiceren en organiseren van zorg Een overzicht voor wijkverpleegkundigen*. Geraadpleegd op 23-9-2018 van

<https://www.venvn.nl/Portals/30/Thema/Verpleegkundige%20Indicatiestelling/20141121%20Overzicht%20bestaande%20hulpmiddelen.pdf>

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). (z.j.). *V&VN Excellente Zorg: Acht kenmerken van een Excellente werkomgeving*. Geraadpleegd op 26-11-2018

<https://www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/Excellente%20Zorg/Leiderschap/Kenmerken%20van%20een%20excellente%20werkomgeving.pdf>

Website Vilans (z.j.) geraadpleegd op 2-1-2019

<https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/overzicht-vilans-kick-protocollen.pdf>

Wagner, J., & Leytens, C. (1999). *Inventarisatie en Kwaliteitsbeoordeling van bestaande richtlijnen en protocollen in de verpleging en verzorging* (Nivel). Geraadpleegd op 26-9-2018 van <https://nvl004.nivel.nl/nivel-2015/sites/default/files/bestanden/1000671.pdf>

Wiggers, M.P.H.M., & Oostwouder, W. (2016). *Handboek: compliance in de zorg* (Herz. ed.). Zutphen, Nederland: Uitgeverij Paris.

Yukl, G. (2012, 1 november). *Effective leadership behaviour: What we know and what questions need more attention*. *Academy of Management Perspectives*, 4(26), 66–85.

<https://www.jstor.org/stable/23412661>

Zorginstituut Nederland (2017), *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, Samen leren en verbeteren* geraadpleegd op 5-9-2018 [file:///C:/Users/anber.DESKTOP-A2UD43R/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Kwaliteitskader+Verpleeghuiszorg%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/anber.DESKTOP-A2UD43R/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Kwaliteitskader+Verpleeghuiszorg%20(1).pdf)

Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst- Burgerlijk Wetboek *nummer 7 Bijzondere Overeenkomsten, afdeling 5, artikel 453*, geraadpleegd op Wetten.NL op 23-9-2018

Zorgverzekeringswet, *artikel 1 afdeling 7 & artikel 66b*, geraadpleegd op Wetten.NL op 23-9-2018

Verslag van gesprek met bestuurder d.d. 21-11-2019

Op de vraag hoe de bestuurder invulling zou geven aan persoonsgerichte zorg verteld hij dat 'de zorg zou moeten zijn die hij, als hij oud is, wenst te ontvangen.' Jezelf kunnen zijn en eigen regie, dus de manier waarop hij dat zou willen, staan hierbij centraal. Beleid ziet hij als een 'gestold iets,' het staat vast. Volgens de bestuurder is beleid 'lastig,' het is uiteraard wenselijk dat medewerkers weten wat er van hen verwacht wordt maar aan de andere kant kan het ertoe leiden dat medewerkers 'stoppen met nadenken.' Het is dan ook van belang dat gerealiseerd wordt dat beleid op zichzelf niet afdoende is.

Kern van persoonsgerichte zorg is dat medewerkers in gesprek gaan met de client. Hierdoor weet je pas wat iemand wil, aldus de bestuurder. Hierbij moeten medewerkers in staat zijn te anticiperen op de mentale conditie van client, antwoorden van een client zijn namelijk niet altijd eenduidig. Het is aan de medewerker om te achterhalen wat nu de werkelijk vraag of wens is. Continue verbinding en je bewust zijn van de mentale conditie van de client zijn dan ook belangrijke aspecten van de zorgverlening, aldus de bestuurder.

Daarnaast moeten cliënten zich ook vertrouwd voelen bij een medewerker. Volgens de bestuurder bereik je dat, onder andere, door 'oprecht en actief te luisteren naar een client,' kennis te hebben van de voorgeschiedenis en weten welke zorg dagelijks verstrekt wordt.

Op de vraag hoe HWW zorg handvatten kan geven aan verzorgenden bij het uitvoeren van persoonsgerichte zorg beschrijft de bestuurder een voorbeeld waaruit blijkt dat medewerkers nog regelmatig denken dat cliënten bij HWW zorg te gast zijn terwijl medewerkers juist bij hen te gast zijn. Dit besef is zeer belangrijk. Daarnaast verteld hij dat hij ooit van een client een wijze les heeft geleerd 'uw medewerkers weten niet wat het is om oud te zijn.' Dit inzicht moeten wij overbrengen op medewerkers. Een mogelijkheid hiervoor is om onze medewerkers via virtual reality te laten ervaren hoe het voelt om te kampen met de gebreken. Op het niveau van verzorgenden is de 'instruerende stijl' passend om kennis over te brengen; 'we verwachten van jou dat je dit en dit doet op die manier.' De manier waarop wij met elkaar communiceren speelt daarbij een grote rol, het taalgebruik moet aansluiten bij deze doelgroep. De medewerkers die beleid overbrengen aan onze verzorgenden moeten dit op dusdanige wijze vormgeven dat het bruikbaar is voor deze medewerkers.

De bedoeling van het beleid bereikt, volgens de bestuurder, niet altijd degene die het uitvoeren. Hierbij wordt een link gelegd met verzuim en uitstroom van medewerkers. De teamleider vormt hierin een belangrijke schakel [vertaling van beleid naar uitvoer]. Het is niet de bedoeling dat je protocollen uit je hoofd kent maar de waarde die aan zorgverlening wordt toegekend is het uitgangspunt. Op een 'sociaal-verantwoorde manier moet je met cliënten omgaan.' Dit houdt, volgens de bestuurder in dat je protocollen toepast maar als je deze niet naleeft dan moet je uit kunnen leggen waarom je dit niet doet. Medewerkers moeten weten dat protocollen er zijn en dienen hier ook kennis van te nemen, door ze te lezen wordt je geheugen opgefrist en doe je weer nieuwe kennis op. Indien men kennis niet regelmatig ververst baseer je je op oude vaardigheden en dat heeft als consequentie dat we als organisatie niet meebewegen. We werken daardoor niet volgens de laatste inzichten, raken de verbinding kwijt met de huidige realiteit en geeft locaties eigen invulling aan werkwijzen. Dit laatste mag maar dan moeten de redenen wel helder zijn. Medewerkers raken anders 'losgeslagen' van de inhoud van hun vak.

Autonomie betekent voor de bestuurder 'ongeschreven regels en vrijheid.' Je moet wel 'scharrelruimte hebben om je eigen keuzes te kunnen maken.' De bestuurder merkt op dat helpenden [niveau 2] en verzorgenden primair kunnen reageren als gevraagd wordt door een client 'mag het bedhek omhoog?' dan doen ze het bedhek omhoog zonder zich te realiseren dat hier regels en afspraken aan verbonden zijn.

Medewerkers niveau 2 die via scholing doorstromen naar niveau 3 blijft een 'zwakke plek' 'zij bezitten niet de klinische blik om [geneeskundige] risico's goed in te schatten.'

Tegelijkertijd zien we op de arbeidsmarkt een groot tekort aan niveau 3 dus de kans dat we via niveau 2 meer verzorgenden opleiden is veel groter dan deze extern werven. We moeten op één of andere manier medewerkers weer meer in de 'leerstand' krijgen.

Op de vraag wat autonomie en compliance zouden moeten opleveren voor de client antwoordt de bestuurder dat 'het ultieme doel is dat cliënten tevreden zijn over de zorg die ze ontvangen, en dat ze zich zo gelukkig mogelijk voelen.' Voorwaarden hiervoor is dat de medewerkers ervoor zorgen dat een client zich thuis voelt en begrepen voelt binnen een 'liefdevolle omgeving.' Ondersteunend hieraan is bijvoorbeeld lekker eten en drinken en 'dat je je omgeving deels zelf kunt creëren.'

De toename van complexiteit van zorgverlening leidt er volgens de bestuurder toe dat het lastiger zal worden om persoonsgerichte zorg op de juiste wijze toe te passen. Uit de praktijk blijkt dat met name familie steeds veeleisender wordt als het op zorg op maat aankomt. Als medewerker moet je dus nog beter zoeken naar aspecten die de client maar ook het cliëntsysteem het gevoel geven dat de zorgverlening goed verloopt. Dit houdt in dat medewerkers beter moeten 'meebewegen,' bijvoorbeeld als een client aangeeft in Turkije te zijn dit niet weerleggen maar meegaan in de beleving van de client. Sensitiviteit onder medewerkers is dan ook een voorwaarde. De bestuurder uit zijn zorgen of verzorgenden in staat zijn om te voldoen aan de hoge eisen rondom sensitiviteit.

De bestuurder ziet sociale vaardigheden onder verzorgenden als een probleem bij het tactvol benaderen van een client, dit gebeurt nu nog regelmatig op een directieve wijze. Maar, zo verteld hij, dat is een 'norm die ik hanteer en ik kan me ook voorstellen dat bij een bepaald type client zo'n benadering prima past.' Een oplossing zou scholing in sociale vaardigheden kunnen zijn, aldus de bestuurder. Dit zou ook kunnen helpen om gesprekken te voeren met bijvoorbeeld boze familieleden. Hij maakt zich overigens ook zorgen over hoe persoonsgerichte zorg onder behandelaren [arts, fysiotherapeut]. Dit wordt nog onvoldoende toegepast. Het attent maken op persoonsgerichte zorg is ook een belangrijk speerpunt.

BIJLAGE 2 VERTALING VRAGEN INTERVIEW

Vertaling van de vragen die gebruikt zijn tijdens het interview en afgeleid zijn van de vragenlijst van Tummers en Bekkers (2014, p.546). Deze vragen zijn tevens gehanteerd als input voor de operationalisatie van autonomie, toegevoegde waarde voor de client en veranderbereidheid.

Engels	Nederlands
Bereidheid tot implementatie	
I intend to try to convince employees of the benefits the policy will bring.	Probeer je wel eens je collega's te overtuigen van de toegevoegde waarde van het gebruiken van beleid m.b.t. persoonsgerichte zorg?
I intend to make time to implement the policy.	Maak je wel eens bewust tijd vrij om het beleid op de juiste wijze ten uitvoer te brengen?
Autonomie	
I have freedom to decide how to use the policy	Ervaar je de vrijheid om een keuze te maken hoe en op welke wijze je beleid binnen de dagelijkse werkzaamheden toepast?
While working with the policy, I can be in keeping with the client's needs.	Ervaar je de vrijheid om zelfstandig een afweging te maken op welke wijze je beleid m.b.t. persoonsgerichte zorg toepast zodat dit aansluit bij de wensen van de client?
Meerwaarde voor de client	
With the policy I can better solve the problems of my clients.	Helpt het beleid je bij het verminderen of stabiliseren van lichamelijke en cognitieve problemen van de client ?
The policy is contributing to the welfare of my clients.	Helpt het beleid je bij het verbeteren van het welbevinden van de client?
Because of the policy, I can help client more efficiently than before.	Helpt het beleid je om efficiënter je werk te doen?

Kwalitatief Interview

A. Introductie

Mondelinge toelichting aan de geïnterviewde;

Dit interview vindt plaats in het kader van het onderzoek binnen HWW zorg waarbij onderzocht wordt wat de invloed van autonomie en het naleven van beleid hebben op de meerwaarde die dit oplevert voor de cliënten.

Met *autonomie* wordt ook wel zelfstandigheid, vrijheid in handelen of bewegingsvrijheid bedoelt.

Met *naleven van beleid* wordt het uitvoeren van de voorgeschreven werkwijzen, instructies, protocollen en richtlijnen bedoelt die van toepassing zijn bij het verstrekken van (zorg)handelingen rondom persoonsgerichte zorg.

Tijdens het interview worden een aantal vragen gesteld over de wijze waarop jij deze items gebruikt bij de uitvoer van jouw dagelijkse werkwijze rondom *persoonsgerichte zorg*.

De vragen zijn van te voren opgesteld, maar het interview zal semigestructureerd verlopen, je mag dan ook ten alle tijden inbreken om iets te zeggen. Als je een vraag niet begrijpt geef dit dan alsjeblieft aan en dan probeer ik de vraag te verduidelijken. Ook ik zal tijdens het interview om verduidelijking vragen als ik iets niet begrijp of vraag door indien ik meer informatie nodig heb.

Ik vraag jouw toestemming om dit interview op te nemen zodat ik het na afloop uit kan werken. De antwoorden en voorbeelden die je geeft worden geanalyseerd en op een anonieme wijze uitgewerkt en geregistreerd. Het door mij uitgewerkte interview zend ik je toe, je bent in de gelegenheid de uitwerking te lezen en opmerkingen te plaatsen, voordat het gebruikt wordt in de resultaten. Op geen enkele manier zullen anderen dan ik te weten kunnen komen wat je in dit interview zegt. In de rapportage zullen de resultaten onherkenbaar verwerkt worden.

B. Vragenlijst

Inleidende vragen met als doel medewerker in kaart te brengen en deze op zijn/haar gemak te stellen.

1. Wat is je functie en kun je daar iets over vertellen?
2. Hoe lang werk je al binnen HWW zorg ?

Vervolg vraag over persoonsgerichte zorg met als doel de definitie van het begrip bezien vanuit het perspectief van de medewerker, in kaart te brengen.

3. Ken je het begrip 'persoonsgerichte zorg'?
4. Hoe zou je persoonsgerichte zorg omschrijven?

Verdiepende vragen met betrekking tot de indicatoren zoals beschreven in het conceptueel model en operationalisatie.

De vragen die zijn afgeleid van de reeds opgestelde vertaling van de vragenlijst van Tummers en Bekker (2014- zie bijlage 1) zij gemarkeerd met *

Indicator Compliance

5. Weet je wat er van jou verwacht wordt met betrekking tot het naleven van de werkwijzen rondom persoonsgerichte zorg?

Bereidheid tot implementatie

6. * *Maak je wel eens bewust tijd vrij om beleid op de juiste wijze ten uitvoer te brengen?*
Vertaald in: heb je voldoende tijd om stil te staan bij alle regels? Indien ja, pas jij alle regels toe zoals het hoort?
7. * *Probeer je wel eens je collega's te overtuigen van de toegevoegde waarde van het beleid m.b.t. persoonsgerichte zorg?*
Vertaald in: * Probeer je wel eens je collega's over te halen om de voordelen te zien van het bestaan van werkwijzen/protocollen m.b.t. persoonsgerichte zorg? Kun je dit toelichten?
8. Zijn je collega's positief over de werkwijzen/protocollen? Zo ja, neem jij deze dan ook eerder over?
9. Hoe zou je je persoonlijkheid omschrijven t.a.v. de uitvoer van beleid; ben je een opstandig persoon [voel je je snel in vrijheid beperkt] of ben je juist een volgzaam type die het beleid, zoals beschreven, uitvoert.
10. Waar loop je tegen aan in de uitvoering van het beleid?

Regelformalisatie

11. Vind je het belangrijk dat werkwijzen/protocollen uitgeschreven zijn? Kun je dit toelichten?
12. Ervaar je meer houvast als de werkwijzen/protocollen op schrift worden gesteld? Kun je dit toelichten?
13. Vind je het belangrijk dat de werkwijzen/protocollen aansluiten bij dat wat je dagelijks doet?
14. Vind je dat werkwijzen/protocollen in een voor jou begrijpelijke taal staan beschreven?

Indicator Autonomie

15. Wat houdt voor jou onafhankelijkheid, vrijheid in handelen oftewel bewegingsvrijheid binnen je dagelijkse werkzaamheden in?
16. * *Ervaar je de vrijheid om een keuze te maken hoe en op welke wijze je beleid binnen de dagelijkse werkzaamheden toepast?*
Vertaald in: Ervaar je de vrijheid om een keuze te maken hoe en op welke wijze je werkwijzen/protocollen binnen de dagelijkse werkzaamheden toepast? Kun je dit toelichten?
17. * *Ervaar je de vrijheid om zelfstandig een afweging te maken op welke wijze je beleid m.b.t. persoonsgerichte zorg toepast zodat dit aansluit bij de wensen van de client?*
Vertaald in:
17a: Ervaar je de vrijheid om zelfstandig een afweging te maken op welke wijze je werkwijzen/protocollen m.b.t. persoonsgerichte zorg toepast? Kun je dit toelichten?
17b: Sluit jouw werkwijze aan bij de wensen van de client? Zo ja, waaraan merk je dat?
18. Heeft de persoonlijkheid van de cliënt invloed op je werk? Kun je dit toelichten?

Indicator meerwaarde voor de client

19. Wat is de meerwaarde van het beleid op de client?

*19a. Helpt het beleid je bij het *verminderen of stabiliseren van lichamelijke en cognitieve problemen* van de client? Kun je dit toelichten?

*19b. Helpt het beleid je bij het *verbeteren van het welbevinden* van de client? Kun je dit toelichten?

20. * *Helpt het beleid je om efficiënter [doelmatiger] je werk te doen?*

Vertaald in: Helpen werkwijzen/protocollen je om beter je werk te kunnen doen?

Algemene slotvragen

21. Heb je nog vragen of opmerkingen?

Dankwoord

BIJLAGE 4 CODEERSHEMA

kernbegrippen probleemstelling:					
compliance autonomie creëren meerwaarde client persoonsgerichte zorg		toelichting: + = wordt als positief ervaren door medewerker - = wordt als negatief ervaren door medewerker			
kernbegrip	vastgestelde labels	code	aantal keer benoemd		aantal keer benoemd
persoonsgerichte zorg	betekenis persoonsgerichte zorg	individuele wensen client staan centraal	11	luisterend oor	3
		passende benadering	1	aandacht hebben voor welzijn	1
		bieden van warme zorgverlening	2	behartigen clientbelang	1
		client voelt zich thuis	1	streven naar comfort tijdens laatste levensfase	1
		gehoord & gezien voelen	1	serieus nemen	1
		passende aanspreekvorm	3	te gast bij client	2
		dagritme is leidend	1	ondersteuning geven	1
		client is uniek	2	verplaatsen in de client	1
		wens richtinggevend voor handelen	1	inzicht in voorgeschiedenis	3
		overleg met client	1	zorgverlening rekening houdend met basisbehoeften client	1
		handelingen niet opdringen	6	zorgverlening rekening houdend met gewoonten client	1
		tevreden clienten	1	client niet behandelen als ziekte maar als persoon	1
		client en zorg hebben gezamenlijke doelstelling	1	diversiteit	
		passende zorgverlening	1		
		autonomie	betekenis/invulling van vrijheid in handelen	ruimte voor inbreng (+)	2
goede sfeer binnen team (+)	1			nee kunnen zeggen tegen handeling bij onbekwaam gevoel (+)	1
ervaren vrijheid (+)	4			vertrouwen leidinggevende bevordert vrijheid van handelen (+)	1
zelfstandig prioriteren van handelingen (+)	4			vaststaande activiteiten zijn van invloed op ervaren vrijheid (-)	1
zelfstandig prioriteren van vastgestelde handelingen (+)	1			extra tijd naast taken zoals omschreven in fube (+)	1
zelfstandig afwegingen maken tav tijdsinvestering mbt handelingen (+)	1			collega's staan open voor communicatie (+)	1
				zaken met elkaar [binnen het team] organiseren (+)	1
autonomie	vrijheid van handelen bij toepassing beleid; algemeen en specifiek m.b.t persoonsgerichte zorg	dagstructuur client leidend	2	clientgericht werken <i>prevaleert</i> boven taakgericht werken	1
		inzicht in client is behulpzaam bij richting geven aan handelen (+) (oa obv activiteiten & kennis van clientenpopulatie)	6	<u>communicatie</u> : inschakelen van disciplines om zorg/behandeling op maat te creëren	2
		<u>communicatie</u> : terug kunnen vallen op kennis collega is behulpzaam bij uitvoer beleid (+)	1	teveel beleid is van invloed op juiste afweging (-)	1
		handelingen dienen passend te zijn bij client	1	afspraken met client zijn richtinggevend voor handelen	1
		<u>communicatie</u> : communicatie binnen het team & multidisciplinair werken geeft richting aan handelen (+)	3	<u>beleid</u> passend maken tbv afdeling	1
		bezetting: bij niet-vaste krachten afwijken van beleid t.b.v. kwaliteit van zorg (+)	1	zelfstandig invulling geven aan zorgdossier (+)	1
		benadering op gevoel mag (+)	1	ervaren ruimte tbv welzijnstaken individuele wens client (+)	1
		<u>afwijken van beleid mag in belang van client (+)</u>	6	afspraken in agenda zijn leidend, weinig ruimte voor eigen invulling	1
		<u>afwijken mag niet bij bepaalde protocollen (medicatie) (-)</u>	2	teveel administratie leidt tot gedwongen prioriteren van taken	1
				luisteren en observeren van de client is behulpzaam bij bieden van passende zorg (+)	3
		afwijken beleid mag bij <u>verstoring ritme client</u>	3	<u>tijd</u> : uitplannen geeft ruimte om zelfstandig taken in te plannen (+)	1
		meerdere werkvormen binnen 1 werkwijze zijn mogelijk	8	afwijken van beleid mag indien het tijd oplevert	1
		ziektebeeld van invloed op tijdstip toedienen medicatie	6	afwijken van medicatie afspraak mag in bepaalde gevallen	1
		taken prioriteren o.b.v. wensen client	1	<u>communicatie</u> : uitleg over beleid is behulpzaam (+)	1
		zelfstandig afweging maken binnen vastgelegd beleid	1	<u>communicatie</u> : beleid dat begrepen wordt leidt tot acceptatie ervan (+)	1
		taakdelegatie is van invloed op ervaren vrijheid (-)	1	ervaren vrijheid bij maken van afwegingen	3
		verantwoording afleggen aan tussenpersonen werkt belemmerend (-)	1	eigen prioritering bij invulling dienst	1
		<u>beleid is richtinggevend maar afwijken mag als de situatie daarom vraagt</u>	6	<u>tijd</u> is van invloed op volgorde van handelingen	1
		<u>beleid</u> kan belemmerend werken indien niet passend bij omstandigheden client	1	mate van beschikbare tijd tbv client zegt iets over passende werkwijze	1
		voldoen aan <u>beleid</u> versus opgelegde richtlijnen door externen geeft wrijving (-)	1	<u>bezetting</u> is van invloed op werkwijze (-)	1
		<u>communicatie</u> : ontbreken van actie bij andere discipline werkt belemmerend bij invulling taken (-)	1	<u>onderbezetting</u> is van invloed op kwaliteit van zorgverlening (-)	1
		bezetting: bij niet-vaste krachten afwijken van beleid t.b.v. tijdsbesparing (+)	1		
		aandacht hebben voor noodzakelijke zorg & naast wensen is veiligheid tbv client belangrijk	2	eigen prioritering bij verstrekken medicatie ingegeven door <u>onderbezetting</u>	1
		taken functieprofiel richtinggevend voor handelen	1	bepaalde activiteiten zijn verplicht maar vormen geen belemmering	1
		extern opgelegd <u>beleid</u> versus persoonsgerichte zorg matcht niet (-)	1	indien client(systeem) tevreden dan kwalificatie persoonsgerichte zorg	1
		afwijken van beleid mag <u>op verzoek van client</u>	4	zelfstandig invulling kunnen geven aan handelingen is behulpzaam bij creëren passende werkwijze (+)	1
		afwijken van beleid mag om <u>te kunnen anticiperen op onverwachte gebeurtenissen</u>	1	ziektebeeld van invloed op beleid	1
		indien hospitalisatie moeite met aanpassen werkwijze (-)	1	eigen prioritering bij verstrekken medicatie ingegeven door <u>onderbezetting</u>	1
		bij <u>niet-vaste krachten</u> (medicatie)controle van belang versus vaste krachten (medicatie)controle minder van belang	1	gebrek aan <u>tijd</u> kan leiden tot efficiënte in secundaire taken	1
		uitvoer protocol afhankelijk van werkomstandigheden	1	planning en structuur zijn richtinggevend binnen een dienst	1
oplossingen zoeken ism client	1	ervaren vrijheid bij bijstellen afspraken	1		
afwijken van beleid <u>mag om fouten te voorkomen</u>	1	afwijken werkwijzen <u>mag in belang van welbevinden client (+)</u>			
interne richtlijn <i>prevaleert</i> boven clientbelang	1	positief effect op client is behulpzaam bij acceptatie beleid (+)	1		
vrijheid wordt gevoeld om mening kenbaar te maken t.o.v. andere disciplines	1	toename beschikbare <u>tijd</u> leidt tot toename aandacht tbv client	1		
melden niet plus gevoel is van belang (+)	1	mate van <u>bezetting</u> is van invloed op mate beschikbare tijd tbv aandacht voor c	1		
morele verplichting t.o.v. client om deze te vertegenwoordigen	1				
afwijkingen binnen zorgverlening worden verantwoord richting client	1				

autonomie	invloed persoonlijkheid client op handelen medewerker	gedrag (agressie) client van invloed op werkbereidheid (-)	1	grenzen aangeven (bij a-sociaal gedrag) is geoorloofd	2
		agressie client is van invloed op sfeer clientengroep (-)	1	grenzen aangeven schept duidelijkheid [richting client]	1
		gedrag client van invloed op handelen medw	1	gedrag client van invloed op stemming medw	2
		persoonlijkheid van de client is van invloed op benadering door medewerker	3	werkervaring van invloed op beleving medewerker	2
		inzicht in persoonlijkheid client is richtinggevend voor handelen (+)	8	inlevingsvermogen in client is van invloed op handelen (+)	3
		professionele beroepshouding is van belang (respect hebben maar ook grenzen aan kunnen geven)	1		
compliance	kennis HWW beleid m.b.t persoonsgerichte zorg	samenhang aanbrengen in zorgdossier	1	invulling geven aan persoonsgerichte zorg met oog voor omstandigheden	1
		naleven afspraken zoals beschreven in zorgdossier	6	multidisciplinaire samenwerking bewerkstelligen	1
		instrueren niv. 2 medewerkers	1	bescherming privacy client	1
		organisatiebeleid is onbekend	6	naleven protocollen	1
		Handboek	1	individuele wensen centraal	1
		op voorwaarde aandacht voor persoonsgerichte zorg; uitbreiding bezetting	1	eigen invulling aan beleid	1
compliance	naleven beleid (afspraken, werkwijzen & protocollen)	protocollen dienen als naslagwerk	14	oplettendheid is behulpzaam bij naleven beleid (+)	1
		zorgdossier geeft richting aan handelen	11	afwijkingen dienen gemeld te worden bij juiste discipline (+)	1
		EVS geeft richting aan handelen	3	toepassen 4 ogen principe bij uitvoer incidentele handeling	6
		onvoldoende tijd werkt belemmerend op naleven protocollen (-)	2	vervullen voorbeeldfunctie is behulpzaam bij navolgen beleid (+)	1
		onvoldoende tijd werkt belemmerend op verdieping protocollen (-)	3	communicatie/afstemming: input TL, teamoverleggen en intranet zijn behulpzaam bij informatievoorziening over beleid (+)	1
		onvoldoende bezetting werkt belemmerend op naleven protocol (-)	3	communicatie/afstemming: input TL, kwal.vpk en mail zijn behulpzaam bij informatievoorziening over beleid (+)	1
		onvoldoende bezetting werkt belemmerend op naleven beleid (-)	2	over ipv met medewerkers beleid uitwerken is van invloed op gevoel medw. (-)	1
		belang dubbel controle vervaagt bij veeluitgevoerde handelingen	1	looproute is richtinggevend voor handelen (+)	1
		protocollen werken ondersteunend	1	afspraken looproute geven houvast (+)	1
		onvoldoende tijd mbt beleid is belemmerend bij naleven beleid (-)	4	communicatie/afstemming: inlezen zorgdossier & overdracht zijn behulpzaam bij informatievoorziening client (+)	1
		EVS is niet passend bij ritme clienten (daardoor afwijking werkwijze)	1	niet up to date beleid kan leiden tot fouten (-)	1
		verdieping in protocollen bij begeleiding leerlingen (+)	5	verdiepen in protocol bij initiele handeling	2
		handelen op routine/ervaring	9	communicatie/afstemming: onderlinge communicatie behulpzaam bij uitvoeren beleid (+)	1
		onbegrepen regels werken belemmerend op naleven beleid (-)	3	controle en herleidbaarheid bij uitvoer beleid van belang	1
		onbegrepen regels werken belemmerend op naleven protocol (-)	1	inzicht in bedoeling is van invloed op legitimering beleid	2
		teveel veranderingen binnen korte tijd werken belemmerend op naleven beleid (-)	6	gebrek aan tijd mbt uitvoer beleid leidt tot extra inspanningen (-)	1
		protocol = naslagwerk, overig beleid= geeft richting aan dagelijkse handelingen	1	protocollen dienen ter bevestiging	2
		factor tijd werkt niet belemmerend op verdieping	1	afwijken protocol bij afwezigheid vereiste middelen (-)	1
		communicatie/afstemming: inzage protocol na attentmaking collega's	1	variëren/flexibiliteit aanbrengen in vaststaande werkroutes is van belang om problematiek te voorkomen(+)	1
		protocollen onbekend	1	intensieve controle op uitvoer protocollen is behulpzaam op naleven ervan(+)	1
		interventie bij zichtbare afwijking (medicatie dosering)	1	communicatie/afstemming: mondelinge toelichting op protocollen is behulpzaam (+)	2
		ipv beleid logisch nadenken	1	werkbegeleiderschap helpt bij naleven protocollen (+)	1
		beleid geeft houvast	1	inefficiëntie in zorgdossier werkt belemmerend (-)	1
taakdelegatie is van invloed op naleven beleid (-)	1	naleven van afspraken is van invloed op stemming medewerker (+)	1		
gebrek aan eenduidigheid vanuit 1 discipline/afdeling richting zorg werkt belemmerend (-)	1	reguliere toetsing handelingen is behulpzaam bij uitvoer ervan (+)	1		
uitblijven actie leidt tot frustratie medewerker (-)	1	nakomen van afspraken door andere disciplines is van belang voor betrokkenen	1		
ontbreken van actie discipline leidt tot stress bij invulling taken	1	niet passend zorgdossier leidt tot aanvullende werkwijzen/overzichten	1		
		twijfel aan werkwijze (niet waterdicht) werkt belemmerend op naleven protocol (-)	1		
compliance	bereidheid naleven beleid o.b.v. positieve/negatieve input door collega's	match tussen persoonlijkheid medw, persoonlijkheid client en werkwijze is van invloed op zorgverlening	2	mondeling overleg is behulpzaam bij vastleggen beleid (+)	1
		bevestiging andere discipline is behulpzaam bij naleven beleid (+)	1	negatieve ervaring leidt tot overdracht andere discipline	1
		dmv rapporteren van bevindingen worden positieve ervaringen gedeeld (+)	1	(positieve) ervaringen van collega's worden getoetst voor implementatie	4
		mondelinge toelichting richting collega's bij positieve ervaring	1	client dient akkoord te geven voor werkwijze	1
		multidisciplinair samenwerken is hulpmiddel bij kennisoverdracht [omgangsoverleg]	1	negatieve ervaring leidt tot actie [afstemming TL, discussie, stopzetten handeling]	1
		indien negatieve ervaring dan hulp vragen aan collega	1	beslissingsbevoegdheid [arts] geeft duidelijkheid	1
		kennisoverdracht is behulpzaam bij richting geven aan handelen (+)	6	negatieve ervaring leidt tot actie ter voorkoming schade van client	2
		korte lijnen tussen disciplines zijn behulpzaam bij handelen (+)	1	onderbouwen van beleid is behulpzaam van acceptatie ervan (+)	2
goede ervaring delen wordt als positief ervaren	1	mondeling overleg is behulpzaam bij naleven beleid (+)	2		
		positieve en negatieve ervaringen worden gedeeld	1		
		positief effect op client is behulpzaam bij het naleven van beleid (+)	1		

compliance	belang uitschrijven en vastleggen van begrijpelijk beleid passend bij dagelijkse werkzaamheden (regelformalisatie)	vastleggen beleid geeft houvast	5	achterhaald beleid leidt to frustratie (-)	1
		vastleggen protocollen geeft houvast	3	bij vaststellen beleid is rekening houden met culturele achtergrond van belang (+)	1
		beleid passend bij wensen van client is van belang (+)	4	uitschrijven van werkwijze genereert rechtvaardigheid [eerlijke werkverdeling]	1
		begrijpelijk taalgebruik is van belang	1	protocollen zijn passend bij werkzaamheden (+)	1
		beleid geeft structuur (+)	1	veel tekst kan belemmerend werken (-)	1
		beleid draagt bij aan legitimiteit van handelen (+)	2	onduidelijkheid over functieniveau m.b.t handelingen werkt belemmerend (-)	1
		beleid is begrijpelijk beschreven	6	extra informatievoorziening is van invloed op deskundigheidsbevordering (+)	1
		vastleggen beleid schept eenduidigheid (+)	4	toelichting veranderingen protocol is van belang (+)	1
		vastleggen beleid voorkomt verwarring bij client	1	Vastleggen van handelingen geeft inzicht in caseload	1
		vastleggen van beleid is behulpzaam bij informeren van het clientsysteem (+)	2	informatievoorziening werkwijzen MT tbv client(systeem) is behulpzaam bij legitimatie ervan (+)	1
		vastleggen van beleid is behulpzaam bij onderbouwing bij afwijking (+)	1	zorgdossier [vanuit perspectief zijnde werkwijze] is behulpzaam bij naleven beleid (+)	1
		gedetailleerde protocoloring is behulpzaam bij inzicht in bij uitvoer nieuwe handelingen (+)	1	vastleggen van handelingen is behulpzaam voor naleven beleid (+)	1
		beleid passend bij dagelijkse praktijk is van belang (+)	1	vastleggen beleid is behulpzaam voor collega's (+)	1
		compliance	persoonlijkheid medewerker opstandig/volgbaar	doener	1
rustig	1			niet volgbaar	1
gebaat bij structuur	1			volgbaar bij akkoord beleid	2
volgbaar	3			opstandig bij oneens beleid	2
opstandig met een reden	1			volgbaar bij veranderingen	1
opstandig met een reden (eerdere ervaringen)	1			opstandig bij ontlopen verantwoordelijkheid	1
volgbaar bij onvoldoende kennis	1			opstandig tav collega's	1
volgbaar mbt cliënten	1				
meerwaarde client	meerwaarde van het beleid op client (stabilisatie klachten / welbevinden + invloed op handelen medw.)	aanwezigheid beleid is behulpzaam bij geven van eenduidigheid richting client (+)	3	ruimte voor communicatie is van invloed op kwaliteit van zorg (+)	1
		aanwezigheid beleid is behulpzaam bij informeren van het clientsysteem (+)	1	beleid dat niet op orde is werkt belemmerend op beschikbare tijd tbv client	1
		naleven beleid voorkomt schade aan de client (+)	5	voldoende tijd is van invloed op kwaliteit van zorg (+)	1
		niet-vaste krachten werken belemmerend op kwaliteit van zorg [oa welbevinden] (-)	2	voldoende tijd is van invloed op mate van aandacht voor client (+)	1
		tijd: mate van bezetting is van invloed op beschikbare tijd t.b.v. client	2	luisterend oor <i>prevaleert</i> boven beleid	1
		klachten client serieus nemen en actie [inschakelen arts] ondernemen indien nodig (+)	1	welbevinden client <i>prevaleert</i> boven beleid	1
		beleid niet van invloed op stabilisatie / welbevinden	2	zorgdossier [perspectief werkwijze] is behulpzaam, geeft inzicht in client (+)	1
		passende benaderingswijze is behulpzaam bij welbevinden (+)	2	beleid is behulpzaam richtinggevend voor handelen (+)	1
		rust uitstralen in belang van welbevinden client (+)	1	communicatie met familie is behulpzaam bij doorvoeren veranderingen (+)	1
		bepaalde therapieën zijn behulpzaam bij stabilisatie en welbevinden client (+)	1	beleid is behulpzaam bij efficiënte zorg- en dienstverlening (+)	1
		het niet navolgen van beleid wordt ervaren als onrechtmatig	1	beleid is behulpzaam bij het signaleren van afwijkingen (+)	1
		afdeling]	8	kennis ziektebeeld door zorgmedewerker is behulpzaam voor welbevinden(+)	1
		naleven van protocollen creert eenduidigheid tbv de client (+)	1	interesse & empathie <i>prevaleert</i> boven beleid	1
		mogelijkheid afwijken werkwijzen is behulpzaam bij welbevinden (+)	6	tijd is behulpzaam bij behoud eigen regie client (+)	1
		taakdelegatie is van invloed op beschikbare tijd t.b.v client	1	ervaren vrijheid is behulpzaam bij welbevinden	1
		mogelijkheid afwijken werkwijzen is behulpzaam bij creëren tijd (+)	1	naleven van afspraken niet zorg-gerelateerde afspraken is van invloed op de client	1
		juiste bejegening richting client <i>prevaleert</i> boven beleid	1	juiste bejegening is van invloed op het welbevinden van de client (+)	1
goede relatie clientsysteem levert op (+)	1	informatievoorziening t.a.v. de client is belangrijk, geeft inzicht [aan client]	1		
vrijheid leidt tot goede sfeer en is van invloed op welbevinden client (+)	1	inlevingsvermogen in client is behulpzaam (+)	4		
tijd: onvoldoende tijd is van invloed op mate van aandacht voor client (-)	1	onvoldoende bezetting is van invloed op kwaliteit van zorg (-)	1		